

République Algérienne Démocratique et Populaire

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ ⵏ ⵉⵎⵎⴰⵔ ⵏ ⵉⵏⵉⵎⵏⴰⵏ ⵏ ⵉⵏⵉⵎⵏⴰⵏ ⵏ ⵉⵏⵉⵎⵏⴰⵏ

UNIVERSITE ABOU BEKR

Faculté de médecine



جامعة ابو بكر بلقايد

كلية الطب

د.ب.بن زرجب تلمسان

Dr B.Benzerdjeb – TLEMCEN

DEPARTEMENT DE MEDECINE

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE POUR

L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

Thème :

LE MEDECIN FACE A LA
MALTRAITANCE INFANTILE

Présenté par :

- BEKTHTI Ahmed
- BELHADJ Nadir
- AMRANE Wafae

Encadrant :

- Pr LARIBI Souhila

Année universitaire : 2023 – 2024

Dédicaces

"À mes chers parents, pour leur amour infini et leur soutien sans faille tout au long de ce voyage..."

À mon adorable soeur et mon cher petit frère...

À tous mes professeurs, du primaire à l'université...

À mes collègues du travail Nadir et Wafae...

À ma famille et mes amis qui ont apporté leur soutien et leur encouragement ...

A la mémoire des enfants palestiniens..."

Bekhti Ahmed

On remercie Dieu le tout puissant de nous avoir donné la santé et la volonté d'entamer et de terminer ce mémoire

A MON TRES CHER PÈRE tu es le meilleur.

A MA TRES CHERE MERE, Source inépuisable de tendresse, de patience et de sacrifice.

Belhadj Nadir

Avec l'expression de ma reconnaissance je dédie ce modeste travail a ceux qui quels que soient les termes embrassés je n'arriverais jamais à leurs exprimer mon amour.

A l'homme mon précieux offre du dieu ; qui doit ma vie ma réussite et tout mon respect : mon chère père.

A la femme qui a souffert sans me laisser souffrir et qui n'a épargné aucun effort pour me rendre heureuse : mon adorable mère.

A mon cher frère et mes adorables petites soeurs qui n'ont pas cessés de m'encourager et me soutenir tout au long de mes études .que dieu les protège et leurs offre la chance et le bonheur.

A ma chère grand-mère mes adorables tantes et mes oncles que dieu leurs donne une longue et joyeuse vie

A tous mes cousins mes voisins et les amis que j'ai connus jusqu' a maintenant merci pour leurs soutien et leurs encouragement

Sans oublier mon groupe ; merci pour votre soutien moral votre patience et votre compréhension tout au long de ce projet.

Amrane wafae

Remerciements

Nous tenons à prendre un moment pour exprimer nos sincères gratitudees pour notre chère encadrante,

professeur LARIBI souhila pour son encadrement tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Nous sommes reconnaissants pour la confiance que vous nous avez accordée, pour votre patience et pour

votre soutien constant.

Nos remerciements s'adressent également à l'équipe du service de médecine légale ainsi, au corps

enseignant et administratif de la faculté.

Table des Matières

Dédicaces	I
Remerciements	II
Table des Matières	III
Liste des tableaux	VI
Liste des figures	VII
INTRODUCTION GENERALE	1
PARTIE THEORIQUE	3
1. Définition d'un enfant :	4
2. Définition de la maltraitance infantile :	4
2.1. Maltraitance physique :	5
2.2. Maltraitance émotionnelle :	5
2.3. Maltraitance sexuelle :	5
2.4. Négligence :	5
3. Les facteurs de risque de la maltraitance infantiles :	5
3.1. Liés à l'enfant :	5
3.1.1. Le jeune âge :	5
3.1.2. Le sexe :	6
3.1.3. La prématurité :	6
3.1.4. Le handicap et les troubles du comportement :	6
3.2. Liés aux personnes maltraitantes :	6
3.3. Les facteurs socio-économiques :	7
4. Conséquences de la maltraitance infantile :	7
4.1. Les conséquences des maltraitements chez l'enfant :	7
4.1.1. Les manifestations immédiates :	8
4.1.2. Les manifestations post-immédiates :	8
4.1.3. Les symptômes différés et chroniques chez l'enfant :	9
4.1.4. Les conséquences à long-terme :	11
4.2. Les conséquences chez l'adolescent :	12
4.3. Les conséquences chez l'adulte :	14
5. Le Médecin face à la maltraitance infantile :	18
5.1. Difficulté du diagnostic :	18

Table des Matières

5.2. Indicateurs de la maltraitance :	19
5.3. Situations inquiétantes :	20
5.4. Diagnostic En cas de suspicion de maltraitance :	22
5.4.1. L'anamnèse :	22
5.4.2. Circonstances de découverte :	23
5.5. Des signes physiques de la maltraitance :	23
5.5.1. Lésion cutanée ou muqueuses :	23
5.5.2. Plaies :	25
5.5.3. Brûlures :	26
5.5.4. Fractures :	27
5.5.5. Hématome sous-dural :	28
5.6. La négligence :	33
5.7. Abus sexuel :	34
5.7.1. Mode de révélation :	34
5.8. Maltraitance psychologique :	34
5.9. Conduite à tenir devant un sévices d'enfant :	35
5.10. Prévention :	37
5.11. Législation :	37
PARTIE PRATIQUE.....	40
1. Matériel et méthodes :	41
1.1. But de l'étude :	41
2. Objectifs de l'étude :	41
2.1. Objectif principal :	41
3. Type d'étude :	42
4. Population étudiée :	42
5. Critères d'inclusion et d'exclusion :	42
6. Lieu ; Calendrier de l'étude :	42
7. Variables :	42
8. Exploitation des données :	42
9. Les considérations éthiques :	43
10. Résultats de l'étude sur dossiers :	43
10.1. Caractéristiques générales de la population :	43
10.2. Résultats et Interprétation :	45

Table des Matières

10.2.1. Maltraitance sexuelle :.....	45
10.2.2. Coups et blessures :	49
11. Discussion :.....	53
11.1. Limite :.....	53
11.2. La discussion des résultats :.....	53
11.2.1. Coups et blessures volontaires :.....	54
11.2.2. Maltraitance sexuelle :.....	55
12. Recommandations :	56
CONCLUSION GENERALE	58
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	60

Liste des tableaux

Tableau 1 : Les caractéristiques de population de recherche selon le sexe.....	43
Tableau 2 : Les caractéristiques de population de recherche selon l'âge.	43
Tableau 3 : La répartition selon le sexe.....	45
Tableau 4 : La répartition selon l'âge	46
Tableau 5 : Résultats de l'examen clinique anal	47
Tableau 6 : Résultats de l'examen gynécologique et anal chez la fille.....	47
Tableau 7 : répartition des cas selon les mois	48
Tableau 8 : La répartition des cas selon la tranche d'âge	49
Tableau 9 : la répartition des cas selon le sexe	50
Tableau 10 : Le type de l'objet.....	51
Tableau 11 : Le nombre et le types de lésion	51
Tableau 12 : le nombre et le siège de la lésion.....	52

Liste des figures

Figure 1 : Localisation typiques d'hématomes d'origine accidentelle.....	23
Figure 2 : hématome évoquant fortement une maltraitance	24
Figure 3 : Trace de coups avec un câble	24
Figure 4 : Trace de gifle	25
Figure 5 : Trace de morsure humaine.....	25
Figure 6 : Plaies par cutter et brûlure de cigarette.....	26
Figure 7 : ébouillantage occasionné par une maltraitance	27
Figure 8 : ébouillantage accidentel par une boisson chaude	27
Figure 9 : Fracture de l'arc postérieur de la Xème cote chez un NRS de 1 mois	28
Figure 10 : Mécanisme du syndrome de l'enfant secoué	29
Figure 11 : Scanner cérébral effectué chez un garçon âgé de 3 mois pour vomissements	31
Figure 12 : Syndrome de tourniquet chez un garçon âgé de 4 ans : sillon circulaire à la racine du sexe consécutif à une striction au lien. Lésion punitive (énurésie).....	32
Figure 13 : La répartition selon le sexe	43
Figure 14 : La répartition selon l'âge.....	44
Figure 15 : La répartition selon les régions.....	44
Figure 16 : La répartition de la maltraitance sexuelle selon le sexe.....	45
Figure 17 : La répartition de la maltraitance sexuelle selon l'âge	46
Figure 18 : Examen anal chez le garçon.....	47
Figure 19 : Examen gynécologique et anal chez la fille.....	48
Figure 20 : Le nombre de cas selon les mois	49
Figure 21 : les tranches d'âge	50
Figure 22 : Le sexe des victimes	50
Figure 23 : Les 2 types d'objet.....	51
Figure 24 : Le type de lésion	52
Figure 25 : Le siège de la lésion.....	52

INTRODUCTION GENERALE

Introduction Générale

L'enfance reste souvent idéalisée comme une période d'insouciance où l'enfant n'aurait comme seule préoccupation que de découvrir le monde extérieur, prendre, grandir, jouer, dormir, prendre confiance en lui et en l'autre, s'autonomiser, pour finir par devenir adulte. Mais cette vision mythique du bébé grandissant dans un environnement protecteur et sécurisant est, pour certains enfants, une inaccessible réalité. La souffrance fait partie de la vie et les drames, les catastrophes, les violences n'épargnent pas certains enfants qui, à tous les âges, peuvent s'y trouver confrontés.

Malheureusement en Algérie et comme dans la majorité des pays, la maltraitance infantile représente encore une réalité poignante et préoccupante au sein de nos sociétés contemporaines.

Ce mémoire se penche sur ce sujet délicat, cherchant à explorer les multiples facettes de cette problématique complexe. En scrutant les origines, les manifestations, et les conséquences de la maltraitance envers les enfants, notre analyse aspire à jeter la lumière sur les diverses dimensions qui la caractérisent.

La maltraitance infantile peut revêtir diverses formes, allant des sévices physiques aux négligences émotionnelles, laissant des cicatrices profondes et durables sur le développement des jeunes individus. L'objectif de ce travail est d'approfondir notre compréhension de ce phénomène, en mettant en lumière les facteurs qui contribuent à son émergence.

En abordant la maltraitance infantile de manière holistique, ce mémoire aspire à sensibiliser et mobiliser les acteurs sociaux, les professionnels de la santé, ainsi que le grand public, dans une perspective de prévention et d'intervention. En fin de compte, il s'agit de contribuer à l'élaboration de solutions concrètes visant à protéger nos jeunes générations et à promouvoir un monde où chaque enfant peut grandir dans un environnement sain, respectueux et bienveillant.

PARTIE THEORIQUE

1. Définition d'un enfant :

Étymologiquement, le terme « enfant » vient du latin *infans* qui signifie « celui qui ne parle pas ». Chez les Romains, ce terme désignait l'enfant dès sa naissance, jusqu'à l'âge de 7 ans. Cette notion a beaucoup évolué à travers les siècles et les cultures pour finalement désigner l'être humain de sa naissance jusqu'à l'âge adulte. Mais cette conception de l'enfant était large et l'âge de la majorité variait d'une culture à une autre.

L'enfant n'a acquis de véritable existence, « existence en tant que personne » qu'à travers de textes législatifs et réglementaires rédigés depuis la fin du 19^{ème} siècle.

La Convention internationale relative aux droits de l'enfant de 1989 définit de manière plus précise le terme « enfant » : « [...] tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable » L'idée transmise, à travers cette définition et l'ensemble des textes de protection de l'enfance, est que l'enfant est un être humain avec des droits et une dignité. Ce qui caractérise l'enfant, c'est sa jeunesse et sa vulnérabilité.

En effet, l'enfant est un être en pleine croissance, un adulte en devenir, qui n'a pas les moyens de se protéger seul. Aussi, l'enfant doit faire l'objet d'un intérêt particulier et d'une protection spécifique.

- **Art.2** : un enfant est toute personne n'ayant pas atteint dix-huit ans révolus le terme (mineur) a le même sens

2. Définition de la maltraitance infantile :

La maltraitance de l'enfant désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, d'abus sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir.

Les dommages subis par l'enfant ne doivent pas obligatoirement être intentionnels. Cette définition recouvre : La maltraitance infantile peut prendre plusieurs formes, et il est essentiel de reconnaître les signes pour protéger les enfants.

Voici les principaux types de maltraitance infantile :

2.1. Maltraitance physique :

Cela implique des actes de violence physique envers un enfant, tels que des coups, des gifles, des brûlures, ou tout autre traitement qui provoque des blessures physiques. Une unité particulière est reliée à ce type de maltraitance c'est Maltraitance médicale : Cela se produit lorsque des soins médicaux inappropriés, inadéquats ou non nécessaires sont infligés à un enfant, entraînant des blessures ou des souffrances.

2.2. Maltraitance émotionnelle :

Aussi connue sous le nom de maltraitance psychologique, elle comprend des actes tels que l'intimidation, l'humiliation, l'ignorance délibérée, Être témoin de violence conjugale ou toute forme de comportement qui nuit à la santé émotionnelle de l'enfant.

2.3. Maltraitance sexuelle :

Cela implique toute activité sexuelle non consensuelle impliquant un enfant, y compris l'abus sexuel, l'exploitation sexuelle, ou la pornographie infantine.

2.4. Négligence :

La négligence se produit lorsque les besoins fondamentaux d'un enfant ne sont pas satisfaits, comme le manque de nourriture adéquate, de vêtements, de logement, d'attention médicale ou de supervision appropriée, on rajoute à celle-ci la maltraitance par :

Négligence éducative : Le refus ou la négligence des besoins éducatifs d'un enfant, tels que l'absence de scolarisation ou de soutien éducatif, peut être préjudiciable.

3. Les facteurs de risque de la maltraitance infantiles :

3.1. Liés à l'enfant :

3.1.1. Le jeune âge :

Selon la Haute Autorité de Santé le taux d'homicides augmente chez les enfants de moins de 1 an. Selon l'INSERM les morts les plus violentes surviennent chez les enfants de moins de 4 mois.

Avec 3 victimes décédées par semaine en France et 27 aux États-Unis, le risque de décès des enfants de moins d'un an est trois fois plus élevé que chez les enfants issus des autres classes d'âge.

Certains auteurs vont jusqu'à émettre l'hypothèse que cette estimation serait encore supérieure avec la mort subite inexpliquée du nourrisson dont l'autopsie pourrait révéler un infanticide déguisé lié à la maltraitance. En effet 40% des décès d'enfant de moins de 1 an étaient classés "Mort subite inexpliquée" alors qu'aucune exploration a été réalisée.

3.1.2. Le sexe :

Les filles représentent la majorité des victimes de violences sexuelles.

Au niveau des données de la mortalité et de maltraitance, il existe une surreprésentation nette sur le sexe masculin constante dans tous les pays (déjà constatée par Manciaux et Gable en 1993). La dominance masculine concerne particulièrement le syndrome du bébé Secoué.

3.1.3. La prématurité :

Une étude de cohorte anglaise de naissance montre que le petit poids de naissance et le faible âge gestationnel sont significativement associés à une prise en charge par les services de protection de l'enfance (reste indépendant de l'âge de la mère et de son niveau socio-économique).

3.1.4. Le handicap et les troubles du comportement :

Si divers types de handicap intellectuel ou psychologique sont souvent les séquelles chez le jeune enfant de la prématurité, une étude a montré que l'association entre troubles de la conduite et des apprentissages, d'une part, et maltraitance d'autre part, était indépendante de l'âge gestationnel, du poids de naissance ainsi que des caractéristiques socio-économiques de la famille.

Le handicap est donc un facteur de risque de maltraitance, et plus particulièrement le handicap intellectuel.

3.2. Liés aux personnes maltraitantes :

- La grossesse non désirée est le principal facteur de risque du néonaticide retrouvé dans l'étude sur les morts violents de nourrisson.
- Tempérament du parent (ex : agressif, impulsif)
- Troubles de santé mentale (ex : dépression, anxiété)
- Consommation abusive (ex : abus d'alcool, de drogues)
- Faible niveau d'empathie
- Attitudes d'attribution négatives
- Faible estime de soi

- Stress parental (ex : enfant perçu difficile, faible sentiment de compétence parentale)
- Événements de vie stressants (ex : divorce, problèmes de santé, problèmes légaux)
- Maltraitance dans l'enfance/relation difficile avec les parents Activité criminelle (ex : comportement violent)
- Les autres facteurs de risque de maltraitance retrouvés sont l'alcoolisation et autres addictions, les carences affectives, l'immaturité et la dépression, les antécédents personnels de violences, l'isolement social et le niveau socio-économique.
- Le jeune âge de la mère est beaucoup décrit aux Etats Unis, très peu montré en France.

3.3.Les facteurs socio-économiques :

Dans l'enquête de l'Inserm, les catégories socio professionnelles des parents auteurs d'infanticides ne différaient pas de celles de la population générale.

Aux Etats Unis, cette controverse autour des facteurs socio-économiques s'est cristallisée sur le rôle de l'ethnicité, la population Noire étant la plus défavorisée. Il est retrouvé que les mauvais traitements sont plus fréquents chez la population Noire. Mais l'étude montre que chez les "non blancs" il est plus souvent réalisé des radiologies ou examens à la recherche d'un mauvais traitement.

Parmi les facteurs :

- Monoparentalité
- Plusieurs enfants vivant sous le même toit
- Faible soutien social
- Sans emploi (ex : chômage, aide sociale)
- Faible statut socioéconomique (ex : pauvreté, quartier défavorisé, mobilité résidentielle)
- Normes légales et culturelles (ex : tolérance envers la violence, loi, perception de l'enfant

4. Conséquences de la maltraitance infantile :

4.1.Les conséquences des maltraitements chez l'enfant :

Avant de parler des symptômes à court-terme qu'entraînent ces violences, il faut d'abord définir ce qu'est un traumatisme, de quelle façon il se manifeste et quels mécanismes sont impliqués dans son développement.

Thinès définit le traumatisme comme « Tout événement subi, brutal, entraînant pour le sujet qui en est victime des transformations plus ou moins profondes, plus ou moins réversibles. »

Les manifestations du traumatisme se font en plusieurs temps, et les symptômes qui en découlent diffèrent selon la personne qui le subit.

4.1.1. Les manifestations immédiates :

Le temps de l'effraction traumatique, tout d'abord, donne lieu à un état de sidération. Il s'agit d'une brève éclipse, un vide total de la pensée qui rend le sujet incapable d'élaborer et d'agir. Celui-ci se trouve en effet confronté à quelque chose qui en fait pas de sens, et auquel il ne peut faire face. Cet état peut mener à une dissociation entre le corps et le mental c'est-à-dire une impression de sortir de son corps, de « ne plus être là ».

L'effroi laisse ensuite place au « stress », que l'on peut décrire comme un « syndrome d'adaptation général », une « réaction aigüe à un facteur de stress » ou un « stress adapté ». Il s'agit de la réaction, proprement dite, à l'événement traumatique. Elle se traduit par un état d'alerte et de mobilisation cognitive, affective, et comportementale ayant pour but d'élaborer une décision et d'adopter les gestes adéquats pour faire face à la menace.

4.1.2. Les manifestations post-immédiates :

La période post-immédiate survient après un temps de latence plus ou moins long selon les sujets et peut se caractériser par l'apparition de reviviscences, d'états dépressifs, de troubles du sommeil ou encore d'une anxiété phobique traduisant un sentiment d'insécurité constant.

Ces symptômes risquent, alors, d'évoluer vers un syndrome de stress post-traumatique.

Le trouble de stress post-traumatique :

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT), également appelé « névrose traumatique », relève d'un trouble sévère dont les symptômes se révèlent ou se prolongent dans le temps, au-delà du moment du traumatisme.

Plusieurs facteurs peuvent favoriser son développement chez l'individu, tels que le vécu antérieur, l'organisation structurelle de la personnalité, ou encore la maîtrise des affects et les ressources de résilience. Plus le traumatisme intervient tôt dans le développement de l'enfant, plus sa portée sera conséquente.

Chez le jeune sujet, la fragilité n'est pas forcément plus importante que chez l'adulte, mais l'impact du traumatisme est différent. Il est plus difficile pour lui, par exemple, de comprendre et d'expliquer ce qu'il a vécu, car il n'a pas forcément les mots pour se le représenter

Le traumatisme infantile, causé par la maltraitance, peut engendrer divers troubles développementaux.

4.1.3. Les symptômes différés et chroniques chez l'enfant :

Les symptômes des maltraitements infantiles affectent l'enfant sur plusieurs plans. On peut observer, tout, d'abord, une hyperactivité neurovégétative dans divers domaines.

Les troubles alimentaires et les douleurs somatiques :

Au niveau alimentaire, l'enfant peut présenter un comportement anorexique ou boulimique ainsi qu'un dégoût vis-à-vis des aliments, des vomissements et des difficultés de déglutition (surtout présentes chez le nourrisson).

Ces symptômes peuvent s'accompagner, en plus de troubles digestifs, d'énurésie ou d'encoprésie, qui relèvent d'une forme de régression affective et instinctuelle chez l'enfant.

La somatisation est également très présente chez l'enfant maltraité, et peut se manifester, par exemple, par des maux de ventre ou une fatigue extrême. Il s'agit là d'un moyen pour le corps de s'exprimer, lorsqu'il est impossible pour l'enfant de mettre des mots sur ce qu'il subit.

Les troubles du sommeil et leur impact sur le fonctionnement cognitif :

Sur le plan du sommeil, l'enfant peut présenter des difficultés d'endormissement, des cauchemars à répétition, des terreurs et des réveils nocturnes, une peur du coucher et du sommeil.

L'incidence de ces symptômes vient renforcer les troubles que l'enfant peut présenter durant la journée ; tels des difficultés d'attention et de mémoire, un manque d'imagination et d'élaboration ainsi qu'une distraction très présente, qui peuvent impacter de façon négative sa vie quotidienne.

Les troubles comportementaux et affectifs :

Partie Théorique

L'état général de l'enfant peut être très variable d'un sujet à l'autre. On peut, par exemple, remarquer une irritabilité importante et un état de vigilance permanent chez certains, ou un retrait et un émoussement général des réactions chez d'autres.

Certaines manifestations sont caractéristiques des formes de violences spécifiques.

Chez les enfants victimes d'abus sexuels, par exemple, on peut observer des comportements hyper sexualisés, une recherche compulsive de contact physique ou encore un dégoût pour ce dernier.

Les abus peuvent également entraîner des blocages chez l'enfant, comme par exemple un refus de se déshabiller, et des comportements d'évitement vis-à-vis son agresseur. On peut aussi observer des rituels de nettoyage excessif, qui traduisent une volonté de se laver de la souillure provoquée par l'abus, ou encore, dans les cas les plus extrêmes, une perte de la notion d'hygiène, qui révèle quant à elle une tentative de se protéger en faisant de son corps un objet de répulsion.

Concernant les violences physiques, on peut observer un repli sur soi et des gestes de retrait de la part de l'enfant. La crainte des représailles peut être si forte que celui-ci, en présence de son agresseur, n'ose plus faire un geste.

Au cours de son développement, l'enfant victime de maltraitances intrafamiliales perd la confiance fondamentale qu'il accorde à l'adulte. Le fait que le parent maltraitant, au lieu de remplir son rôle protecteur, donne au contraire une réponse violente au besoin de l'enfant, bouleverse la vision de celui-ci vis-à-vis des rapports affectifs et familiaux, et plus largement des rapports sociaux par la suite. Paradoxalement, l'enfant présente également une très forte angoisse de séparation envers le parent maltraitant, et se construit une image idéalisée de ce dernier dont il ne peut se défaire. Il s'agit là d'une autre manifestation du TSPT infantile : les carences affectives subies par l'enfant donnent lieu à un attachement pathologique au parent et à la famille, ce qui rend impossible tout éloignement.

Malgré les violences qu'il subit au sein de son foyer, l'enfant désirera y retourner et manifestera une grande souffrance si on l'en sépare. Afin de survivre psychologiquement, l'enfant s'appuie donc sur l'image hyper-idéalisée de ses parents pour grandir, et subira le paradoxe constant de la représentation magnifiée de son agresseur qui se heurte à la figure rigide du persécuteur.

4.1.4. Les conséquences à long-terme :

- **Un apprentissage biaisé de la vie :**

Un enfant qui a grandi dans un environnement violent se construira via un apprentissage biaisé de la vie, ce qui impactera fortement sa vision du monde et ses relations futures.

Dans un milieu familial dysfonctionnel, l'enfant est exposé à des événements inadaptés à son âge, ce qui peut entraîner cette pseudomaturité caractéristique du sujet que l'on a arraché au monde de l'enfance.

- **L'impact sur l'estime de soi et les relations sociales :**

Les violences subies affectent la perception de soi et entraînent d'importantes failles narcissiques. Dans le cas des abus sexuels, l'image du corps souillé et dégradé perdure dans le psychisme du sujet, qui conservera alors le sentiment d'être sali et mutilé.

L'inceste met en jeu la pulsion de mort, et l'enfant vit ce traumatisme comme un abandon de la part du parent. La victime est niée en tant que sujet, réduite à la passivité, tant et si bien que cela impactera son identité en construction. En plus de l'estime de soi, les relations sociales de l'enfant sont également affectées. Les enfants maltraités estiment en effet avoir moins d'amis, s'adonnent moins souvent à des jeux infantiles, nourrissent moins d'ambitions et souffrent d'un manque de confiance en eux.

- **Le silence et la culpabilité :**

La culpabilité et la honte sont omniprésentes chez les sujets violentés. Les phrases dépréciatives et les menaces proférées par l'adulte finissent par être intériorisées, entraînant alors un important sentiment de dévalorisation chez l'enfant. Celui-ci se sentira coupable de ne pas avoir pu se défendre face aux violences, mais aussi coupable vis-à-vis de son agresseur, qui parvient à retourner l'accusation de ses méfaits contre la victime.

L'enfant maltraité se trouve donc dans une impasse : il se voit dans l'incapacité de parler, par peur de ne pas être entendu, de subir des représailles de la part de son agresseur

- **Le déni, le clivage de l'identité et l'amnésie dissociative :**

Le refoulement se définit comme un mécanisme de défense du psychisme contre l'intrusion du traumatisme. Il s'agit de la mise à distance, consciente ou non, d'une représentation inacceptable qui met en danger l'intégrité psychique du sujet.

L'absence de remémoration de l'événement est également un mécanisme défensif pouvant évoluer vers une amnésie dissociative, c'est-à-dire l'incapacité de récupérer des

souvenirs autobiographiques, voire une perte d'identité. Le dévoilement de ces souvenirs peut parfois être très tardif et entraîner d'importants bouleversement).

4.2. Les conséquences chez l'adolescent :

L'adolescence est une période pendant laquelle se produisent de grands bouleversements, notamment lors de l'apparition de la puberté.

Le sujet se construit un cadre structurant doté d'interdits et d'exigences, et s'identifie à des images parentales pour se construire, ainsi que fonder son système de valeurs et de normes.

Lors de cette période cruciale, les violences subies par le sujet au sein de sa famille auront forcément un impact sur ces processus. L'adolescent, en effet, s'identifie à des figures parentales néfastes pour sa construction, et s'appuie sur des relations biaisées pour développer ses rapports avec autrui.

Les liens étroits d'amour-possession et de haine-destruction entretenus avec son agresseur façonneront sa personnalité en devenir, pouvant alors donner lieu à de nombreuses difficultés psychologiques.

- **Comportements à risque ; Marginalité, délinquance et passage à l'acte violents :**

La marginalité, relevant d'une incapacité à adhérer aux normes sociales, peut être le produit d'une éducation marquée par la négligence, dans laquelle le sujet n'a pas intériorisé les règles d'interactions sociales et de vie en société.

Sur le versant opposé, l'individu ayant grandi dans un cadre familial très rigide, régi par des règles très strictes, pourra développer une attitude de refus allant au-delà de la remise en cause de l'autorité apparaissant généralement à l'adolescence. Alors que les filles ont tendance à réprimer leur agressivité et à la retourner contre elles-mêmes, les garçons, quant à eux, sont plus enclins à développer des comportements violents et marginaux, et plus réticents à demander une prise en charge thérapeutique.

Les jeunes hommes ayant été abusés dans l'enfance, quant à eux, présentent davantage de risques de s'adonner à la délinquance, de faire preuve d'agressivité envers les femmes, de brutaliser voire de violer des enfants plus jeunes. Il s'agirait de la répétition des abus sur un mode actif : une tentative de passer de l'état de victime à celui d'agresseur. Selon Marie-Gimaldi (2002), il s'agirait d'un moyen d'extérioriser le traumatisme subi et impossible à

verbaliser, ainsi que de se réapproprier un espace intime qui a subi l'intrusion d'un abus sexuel.

- **La toxicomanie et l'alcoolisme :**

Outre la délinquance et l'agressivité, on retrouve également un risque accru de toxicomanie et d'alcoolisme précoce chez les adolescents victimes de violences et de carences affectives dans leur famille

- **Les passages à l'acte :**

Peuvent également être un appel à l'aide qui vient exprimer une souffrance que l'adolescent ne peut pas se représenter. Dépression, troubles anxieux, phobies et conduites auto-agressives.

- **L'exposition à un stress répété**

L'exposition à un stress répété durant l'enfance est un facteur favorisant l'apparition de troubles anxieux chez les adolescents. Il s'agit d'une angoisse irreprésentable et indicible, pouvant entraîner de nombreux symptômes somatiques tels que des troubles du sommeil ou de la digestion, cités précédemment.

Des symptômes phobiques peuvent également faire leur apparition, entravant alors la vie quotidienne de façon plus ou moins importante par des comportements d'évitement et des reviviscences.

D'après les études, le risque de dépression et de suicide augmente chez les adolescents ayant grandi dans un environnement familial maltraitant.

Les états dépressifs, latents ou aigus, deviennent en effet une constante chez le sujet et s'expriment par un manque d'estime de soi très important entraînant des conduites autodestructrices, un manque d'attention concernant ses besoins corporels ou le traitement des maladies somatiques, voire des tentatives de suicides.

- **Éveil de la sexualité perturbée :**

Le corps et les affects en jeu. Les carences affectives en milieu familial peuvent conduire le sujet à la recherche frénétique d'attention et d'affection de la part d'autrui.

Si les carences affectives et les violences physiques sont dévastatrices pour le développement de la sexualité chez le sujet, les sévices sexuels le sont davantage.

Premièrement, face aux transformations de son corps, l'enfant abusé qui nourrissait une image problématique de ce dernier peut ressentir une grande angoisse, voire du dégoût. Chez

les filles incestées, par exemple, l'entrée dans la féminité peut être vécue comme une punition car elle ravive le traumatisme sexuel antérieur

La notion de répression se retrouve souvent chez les adolescents victimes d'abus, par le refoulement de leurs pulsions sexuelles.

Les premiers émois sont en effet souillés par les expériences précoces traumatisantes et peuvent entraîner une forte culpabilité. Cette répression des affects est souvent couplée à une conformité aux attentes de l'autre lors de l'acte sexuel : le sujet perçoit son corps comme un objet de jouissance au service du plaisir d'autrui, il ne prend donc pas en compte son propre désir. Ce mécanisme est lié au sentiment de n'avoir aucune valeur et de devoir gagner l'affection de l'autre par des faveurs sexuelles.

Les abus sexuels peuvent également avoir pour conséquence la pratique d'une sexualité à risque chez l'adolescent. Celle-ci peut se traduire par la multiplication des partenaires et des prises de risque liées aux infections sexuellement transmissibles ainsi qu'aux grossesses non désirées, des pratiques sexuelles violentes ou encore la prostitution juvénile

4.3. Les conséquences chez l'adulte :

Cette section a pour but d'expliquer la façon dont les symptômes chroniques dus à la maltraitance infantile évoluent à l'âge adulte.

Tout d'abord, il est nécessaire de définir le concept de résilience : celle-ci consiste en la capacité d'un individu à maintenir une adaptation optimale malgré l'expérience d'événements déstabilisants et de conditions de vie difficiles. Cette notion peut être associée à celle du coping, qui se traduit par les stratégies mises en place par un individu pour faire face à un problème. Ce processus ne dépend pas seulement du milieu familial dans lequel le sujet évolue, mais aussi de son environnement scolaire, social, des relations affectives qu'il nouera au cours de sa vie, ainsi que de ses propres ressources. L'individu est donc actif dans son développement, et ne se contente pas de subir les traumatismes passés. Toutefois, l'impact des violences sur le sujet est indéniable, et celles-ci peuvent rester profondément ancrées dans sa construction psychique.

Les enfants ayant été maltraités, en effet, sont reconnus comme étant plus à risque d'être victimes d'autres événements de vie difficile et d'agressions de la part d'autrui, leur fréquence étant corrélée avec la sévérité des maltraitances subies. En plus de cela, l'impact des sévices infantiles se retrouve chez l'adulte dans de nombreux aspects de sa vie.

- **Les impacts sur la personnalité :**

Les troubles de la personnalité et les psychopathologies.

L'étude de Johnson et ses collaborateurs (2001) démontre clairement les risques de survenue de troubles de la personnalité chez les enfants exposés à la violence, notamment à la maltraitance verbale. Il peut s'agir de personnalités borderline, évitantes, narcissiques, antisociales, dépendantes, obsessionnelles ou encore paranoïaques. On retrouve également un risque accru de développer des psychopathologies telles que la schizophrénie ou le trouble schizoaffectif.

La maltraitance infantile nuit au développement cérébral, en plus d'accroître le risque de maladies somatiques ou d'autres troubles physiologiques.

L'impact de ces troubles sur la vie sociale des sujets est très lourd, car ils nuisent au bon fonctionnement des interactions et des liens affectifs. Cette faille peut représenter une entrave dans la vie amoureuse de l'adulte, mais également sur le plan professionnel en raison de résultats scolaires plus faibles dans l'enfance, d'un niveau de scolarité généralement plus bas par la suite, de plus grandes difficultés à accéder à l'emploi et des salaires moins élevés.

- **Perversions :** l'exemple du sadomasochisme et de la perversion narcissique :

La personnalité d'un enfant abusé se structure en réponse aux agressions sexuelles prolongées. Si l'enfant a pu ressentir du plaisir lors des abus sexuels, la forte culpabilité qui en découle donne alors lieu à un profond refoulement des pulsions et des affects, pouvant déboucher, à l'âge adulte, sur un conditionnement de la vie sexuelle sous le mode de la contrainte et de la passivité, et ainsi sur de possibles perversions.

Prenons l'exemple du sadomasochisme, qui est une pratique sexuelle utilisant la douleur, la domination ou l'humiliation dans la recherche du plaisir. Les mécanismes qui soutiennent ces pulsions ne sont pas sans rappeler ceux des violences infantiles : en effet, la notion de punition et de culpabilité sont très présentes chez le sujet sadomasochiste, tout comme celle du clivage. En effet, la pulsion sadique prend source dans le clivage des mauvaises sensations du sujet, qui les projette alors de façon violente sur l'objet sexuel.

La jouissance due au fait de souffrir ou de faire souffrir l'objet pourrait donc être liée aux violences subies dans l'enfance. La perversion narcissique, quant à elle, consiste en une survalorisation de soi dans la destruction psychique d'autrui.

- **La psychopathie : marginalisation et passages à l'acte :**

Les individus présentant une personnalité psychopathe ont, également, souvent été marqués par des carences affectives et des abandons de la part de leurs parents. Ils connaissent alors une marginalisation progressive et font l'objet de rejets de la part de la société. Ils éprouvent également des difficultés relationnelles avec leurs enfants, qui peuvent favoriser des passages à l'acte violents sur ceux-ci.

La progéniture du sujet est, en effet, vue comme un danger, une menace pour son équilibre psychologique. L'absence de remords, de la part du parent psychopathe, pourrait donc aggraver la relation d'emprise qu'il entretient avec son enfant.

- **La survivance du trouble de stress post-traumatique et des symptômes chroniques :**

Les troubles liés au stress post-traumatique perdurent à l'âge adulte et le risque de les voir subsister durant la vie entière est élevé. On peut effectivement retrouver, chez l'adulte, les mêmes symptômes que chez l'enfant maltraité et l'adolescent en souffrance (anxiété, dépression, troubles alimentaires...).

Les traumatismes juvéniles sont déterminants pour la vie adulte du sujet et peuvent perdurer, même durant des décennies, après les événements.

- **Les impacts sur le corps :**

La mémoire du corps. La mémoire corporelle du traumatisme est liée à la notion de répétition de l'événement et à la reviviscence des affects. Il est possible, en effet, que le corps garde en lui les traces des violences physiques et sexuelles : ce peut être, par exemple, des douleurs chroniques aux endroits où les sévices ont eu lieu.

- **Les impacts sur la vie sexuelle et affective :**

Les troubles de la sexualité : entre inhibition et exacerbation.

Les troubles sexuels féminins liés aux abus juvéniles se divisent en trois pôles :

- Le refus de la sexualité (inhibitions, dégoût, angoisse...),
- La dissociation entre désir et refus (frigidité, douleurs lors des rapports, manque de libido...)

- L'hyperactivité sexuelle (recherche compulsive de partenaires, acte sexuel subi et dénué de plaisir).

La sexualité est en effet perçue comme anormale pour le sujet ayant subi de l'inceste, et génère une intense culpabilité. On peut également retrouver ces troubles chez les hommes, mais, dans le cas d'abus sexuels subis dans l'enfance, le risque de devenir soi-même agresseur sexuel, voire pédophile, est plus grand que chez les femmes.

- **Les difficultés dans les relations de couple :**

Dans leurs relations amoureuses, beaucoup de sujets ne parviennent pas à établir un lien durable, s'investissent massivement dans des relations ancrées dans la dépendance affective, ou cumulent les aventures sans y trouver de satisfaction. Souvent, le sujet peine à faire confiance à son partenaire, de peur d'être à nouveau trahi et manipulé. Il peut ressentir de la méfiance envers celui-ci, ou entretenir des sentiments ambivalents, d'amour, de haine et de dégoût. De plus, l'immaturation émotionnelle et l'hypersensibilité dont souffrent souvent les personnes abusées dans l'enfance sont fréquemment source de conflits au sein du couple, et le risque pour le sujet de se trouver à nouveau dans une relation d'emprise est accru

- **La prostitution comme vengeance sur l'inceste :**

- Un grand nombre de sujets victimes d'inceste s'adonnent plus tard à la prostitution.
- De nombreux auteurs expliquent le fait de choisir de se prostituer serait une forme de vengeance contre les agressions sexuelles subies et une vengeance contre la vie. On retrouve, dans la prostitution, la notion de monétisation de son corps présente dans l'inceste, ce qui peut avoir pour conséquences une incapacité à gagner sa vie et une absence de toute notion de l'argent. En plus de cela, on retrouve également la prise de risque liée aux infections sexuellement transmissibles, déjà évoquée chez l'adolescent.
- En plus d'avoir un impact négatif sur la vie sexuelle et affective des sujets, les sévices infantiles ont également des conséquences sur la parentalité.
- Devenir père lorsqu'on a subi des maltraitances infantiles

- **La maternité :**

La maternité est à l'origine d'une réactivation de toute la pathologie traumatique ayant des conséquences sur le maternage. Ce dernier, tout comme la grossesse, risque en effet de

réveiller les souvenirs traumatiques liés à l'inceste. De cela peut découler un déni de grossesse, qui agit en tant que mécanisme de défense, un abandon du nouveau-né, des maltraitements voire un infanticide

- **L'éducation des enfants : laxisme, abus d'autorité et répétition des violences :**

Le sujet ayant subi des maltraitements infantiles présente plus de risque de réitérer celles-ci au sein de son propre foyer. Cette répétition provient d'un processus d'identification à l'agresseur :

- Il s'agit là d'un mécanisme primaire mis en place par le psychisme afin de survivre aux violences subies.
- Ces répétitions des violences sur sa progéniture se nomment « répétitions transgénérationnelles » : c'est ainsi que les maltraitements infantiles se propagent et perdurent. Dans des cas de dictatures familiales, le risque de voir des sujets humiliés et battus tout au long de leur enfance, et de devenir à leur tour des persécuteurs pour leur famille à l'âge adulte, est non négligeable.

5. Le Médecin face à la maltraitance infantile :

5.1. Difficulté du diagnostic :

Les médecins jouent un rôle crucial dans la détection et la réponse à la maltraitance infantile. Lorsqu'un médecin suspecte que l'un de ses patients est victime de maltraitance infantile, il a la responsabilité éthique et légale de prendre des mesures pour protéger l'enfant.

En revanche le diagnostic n'est pas toujours évident, Ainsi, le médecin est confronté à certaines situations qui rendent le diagnostic difficile.

- **Manque de preuves tangibles :** La maltraitance infantile peut être cachée ou dissimulée par les parents ou les gardiens, ce qui signifie que les médecins peuvent ne pas avoir de preuves médicales directes. Les signes peuvent être subtils ou non spécifiques, ce qui rend la détection difficile.
- **Similitude avec d'autres conditions :** Les blessures ou les symptômes causés par la maltraitance infantile peuvent souvent ressembler à des problèmes médicaux courants ou à des accidents. Cela peut entraîner des confusions dans le diagnostic.

- **Réticence à signaler :** Les médecins peuvent parfois hésiter à signaler la maltraitance infantile en raison de craintes de représailles, de répercussions légales ou de préoccupations concernant la rupture du lien entre l'enfant et sa famille.
- **Enfants qui ne parlent pas :** Les jeunes enfants ou ceux qui sont victimes de maltraitance peuvent avoir du mal à communiquer efficacement sur ce qui leur arrive, ce qui rend difficile la collecte d'informations.
- **Pressions sociales et familiales :** Les médecins peuvent être soumis à des pressions sociales ou familiales pour ne pas signaler la maltraitance, ce qui peut influencer leur jugement.
- **Sensibilité culturelle :** Les attitudes envers la discipline parentale et les normes de comportement varient d'une culture à l'autre, ce qui peut rendre le diagnostic de la maltraitance infantile plus complexe, en particulier dans les situations où des pratiques culturelles peuvent être mal interprétées comme de la maltraitance.

5.2. Indicateurs de la maltraitance :

- Il est habituellement difficile d'identifier les indices de la maltraitance d'un enfant.
- Les membres de la famille et les médecins de famille devraient être vigilants face aux enfants qui se plaignent de problèmes psychosomatiques inhabituels ou changent de comportement. Dans de tels cas, une évaluation plus approfondie de l'enfant et de la famille pourrait être indiquée. Il convient de signaler que les comportements désadaptés ne sont pas nécessairement des indices de maltraitance.

L'enfant pourrait :

- avoir peur de retourner à la maison, hésiter à le faire ou s'enfuir ;
- manifester une agressivité inhabituelle, de la rage ou faire des crises ;
- avoir un réflexe d'appréhension lorsqu'on le touche ;
- avoir un moins bon rendement à l'école et une mauvaise assiduité ;
- se tenir en retrait de la famille, des amis et des activités qu'il aimait auparavant ;
- avoir une pauvre estime de soi (p. ex. se décrire comme étant méchant, dire qu'il mérite d'être puni, être très replié sur soi-même) ; où
- avoir des pensées suicidaires ou un comportement autodestructeur (p. ex. automutilation, tentative de suicide, prise de risques extrêmes).

L'enfant pourrait aussi :

- avoir un comportement hyperactif ou inhabituel ;
- s'accrocher à des adultes étrangers ;
- être apathique et replié sur soi ;
- ne pas réagir à des traitements douloureux ;
- ne pas paraître s'épanouir ;
- montrer des signes de négligence générale ;
- avoir peur des contacts physiques ; où
- adopter un comportement manipulateur pour attirer l'attention.

5.3.Situations inquiétantes :

Le comportement des aidants :

- Changement complet de style de vie des aidants
- Manifestation de stress chez l'aidant.

Le comportement de la victime :

- Absence de collaboration de la victime à fournir des explications concernant des signes de violence
- Silence de la victime en présence de l'aidant.
- Des relations entre l'aidant et la victime supposée doivent aussi attirer l'attention et être considérées comme des signes d'appel :
- Réponse hâtive de l'aidant à la place de la victime.
- Recherche du regard de l'aidant par la victime avant de répondre.
- Victime fait répondre l'aidant.
- Aussi, la plus grande attention est requise lorsque ces signes apparaissent :
- Incohérence entre l'histoire et la nature des plaintes.
- Incohérence entre les explications fournies par la victime et celles fournies par l'accompagnant.
- Délais longs entre l'apparition d'une maladie ou de blessures et la consultation médicale.
- Recherche d'une attention médicale.
- Explications vagues.
- Histoire des accidents, traumatismes prévisibles, blessures non soignées et blessures multiples surtout quand elles sont d'âges différents ou/et quand les explications ne coïncident pas avec la symptomatologie.

Partie Théorique

- Signes de négligence ou de soins inadéquats tels qu'un manque d'hygiène, mauvaise nutrition, et chutes fréquentes.

5.4.Diagnostic En cas de suspicion de maltraitance :

Poser le diagnostic est très délicat et repose sur une démarche spécifique. Certaines questions nous n'avons pas trouvées dans la littérature des données permettant d'autoriser le dépistage systématique de la maltraitance.

Qu'est-ce qui doit faire penser à une maltraitance d'un enfant ?

5.4.1. L'anamnèse :

Une maltraitance est à évoquer :

- **chez le nourrisson :** en cas de pleurs rapportés comme inconsolables par les parents qui se disent nerveusement épuisés ;
- **à tout âge devant :**
 - des faits de maltraitance d'un enfant, ou d'un adolescent, révélés par lui-même, par un parent ou par un tiers,
 - une lésion pour laquelle : il y a une incohérence entre la lésion observée et l'âge, le niveau de développement de l'enfant, le mécanisme invoqué, l'explication qui est donnée change selon le moment ou la personne interrogée,
 - un retard de recours aux soins,
 - des plaintes somatiques récurrentes sans étiologie claire (douleurs abdominales, céphalées),
 - des antécédents d'accidents domestiques répétés,
 - une ou plusieurs tentatives de suicide,
 - des fugues et conduites à risque,
 - une chute des résultats scolaires voire une déscolarisation,
 - des faits de maltraitance dans la fratrie

Avec des :

1 Questions générales

- Vous sentez-vous en sécurité là où vous vivez ?
- Sortez-vous ?
- Avez-vous des amis ? Avez-vous des contacts réguliers avec eux ?

2 Questions à propos des soins :

- Qui assure vos soins d'hygiène ?
- Qui s'occupe des tâches ménagères, de l'entretien de votre chambre, de votre linge ?

3 Questions spécifiques concernant la maltraitance :

- Quelqu'un à la maison vous a-t-il déjà fait du mal ?
- Avez-vous déjà subi des attouchements par quelqu'un à la maison ?
- Devez-vous attendre longtemps pour votre nourriture ?
- Est-ce que quelqu'un vous a déjà intimidé ou menacé ?
- Avez-vous peur de quelqu'un à la maison ?
- Etes-vous souvent seul ?
- Y'a-t-il quelqu'un qui ne vous aide jamais lorsque vous en avez besoin ?

A toute réponse positive, une recherche complémentaire doit être envisagée et un examen clinique complet opéré.

5.4.2. Circonstances de découverte :

- Le plus souvent lors d'une hospitalisation en urgence d'un enfant à la demande de ses parents, d'un médecin, ou d'un proche.
- Parfois d'un examen clinique systématique pour une infection banale.
- Sur réquisition judiciaire

5.5.Des signes physiques de la maltraitance :

5.5.1. Lésion cutanée ou muqueuses :

Excoriations, ecchymoses et hématomes :

- **Localisation :**

Leur présence au niveau des parties du corps exposé habituellement aux blessures par chute (parties proéminentes du corps : nez, coude, face antérieure des jambes) est banales tout enfant en âge de marcher.

En revanche la présence de plusieurs ecchymose au niveau du tronc, des jambes, des fesses, de la partie interne des cuisses, du cuir chevelu, des oreilles, des joues ,avec éventuellement des marques de doigts ,des bras (lésions de saisie) et des mains ,doit faire rechercher une maltraitance des marques retrouvées au niveau de la paroi thoracique, de la



Figure 1 : Localisation typiques d'hématomes d'origine accidentelle

Partie Théorique

face antérieure ou latérale du coup peuvent évoquer des manœuvres d'étouffement ou de strangulation. il en va de même devant la présence de pétéchies conjonctival mais aussi de la face qui sont des signes d'asphyxie.

- **Forme :**

Certaines formes reproduisent un objet significatif de violence volontaire (martinet canne lanière, mains, morsures, sangles...)

Les griffures font partie des lésions suspects surtout si elles sont localisées sur des zones non accessibles aux mineurs.

- **Ecchymoses d'âges différents :**
classiquement
- Une ecchymose bleue/rouge/violette est récente
- Une ecchymose jaune/marron/verte est plus ancienne
- **Caractère multidirectionnel :**



Figure 2 : hématome évoquant fortement une maltraitance

Des ecchymoses localisées sur trois faces du corps on peut compatible avec une simple chute.



Figure 3 : Trace de coups avec un câble



Figure 4 : Trace de gifle



Figure 5 : Trace de morsure humaine

5.5.2. Plaies :

Certaines plaies seront évidemment suspectes de fait de leur agent causal :

- Morsures
- Plaies aux Berges franche et nette elle évoque l'action d'un objet tranchant ou piquant/tranchant (type couteau)
- Traces d'ulcération de la luette ou du voile du palais par l'introduction forcée d'une cuillère ou d'un liquide bouillant

Chez le mineur on sera particulièrement attentif à l'examen de l'intérieur de la bouche (plaies gingival, l'macération du frein labial, fracture dentaire), déchirure du tympan pour la recherche des gens des coups aux visages (gifle, coup de poing)



Figure 6 : Plaies par cutter et brûlure de cigarette

5.5.3. Brûlures :

Là encore, leur multiplicité et leurs âges différents rendent ces brûlures suspectes ainsi que certaines localisations : périnée, extrémité des membres et fesses.

On peut distinguer plusieurs types de brûlures :

- **brûlures par immersion** : de profondeur uniforme, aux limites souvent curvilignes, pouvant épargner les fesses qui reposent au fond de la baignoire (exemple de l'enfant incontinent immergé dans l'eau bouillante). Les brûlures accidentelles par immersion, qui sont plus rares, ont des limites moins nettes et sont accompagnées d'éclaboussures, car l'enfant se débat ;
- **brûlures par éclaboussement** : plus souvent accidentelles que volontaires chez l'enfant, leur profondeur est moindre, avec des coulures, la brûlure étant plus profonde à sa partie haute ;
- **brûlures par contact** : circonscrites et reproduisant souvent la forme de l'objet brûlant (fer à repasser).
- **Les brûlures par cigarettes** se présentent (classiquement mais pas toujours) sous la forme de lésions circulaires avec un bourrelet périphérique et un cratère central recouvert d'une cloque puis d'une croûte.
- **Les brûlures accidentelles par contact** sont volontiers plus irrégulières et superficielles car appliquées moins longtemps et avec moins de force.



Figure 7 : ébouillantage occasionné par une maltraitance



Figure 8 : ébouillantage accidentel par une boisson chaude

5.5.4. Fractures :

Les fractures sont les lésions les plus fréquentes après les lésions tégumentaires.

Chez un enfant, une fracture, outre son caractère biomécanique, doit être interprétée en fonction du contexte (anamnèse) et de l'âge de l'enfant (possibilité ou non de se déplacer seul).

Le diagnostic des fractures peut être facile lorsqu'elles sont consécutives à un traumatisme dans un contexte accidentel clair et connu. En revanche, elles sont difficiles à repérer ou à interpréter chez le nourrisson et le jeune enfant, quand elles sont liées à des

Partie Théorique

traumatismes indirects (absence fréquente de signes tégumentaires) par torsion, élongation, et qu'elles surviennent dans un contexte de minimisation du traumatisme, voire de dissimulation.

Environ 50 % des enfants victimes de sévices physiques présentent des fractures, et 80% de ces fractures se voient chez les enfants de moins de 18 mois.

Les fractures très spécifiques de sévices physiques :

- Lésions métaphysaires classiques,
- Fractures de côtes (arcs postérieurs +++),
- Fractures de l'omoplate,
- Fracture des apophyses épineuses,
- Fractures du sternum.



Figure 9 : Fracture de l'arc postérieur de la Xème cote chez un NRS de 1 mois

Les fractures très évocatrices de sévices mais moins spécifiques :

- Fractures multiples (bilatérales +++),
- Fractures d'âges différents,
- Décollement épiphysaire,
- Fractures et/ou luxations des corps vertébraux,
- Fractures des doigts, fractures du crâne complexes ;

Les signes radiologiques fréquents lors des maltraitances mais non spécifiques :

- Appositions périostées,
- Fractures de la clavicule,
- Fractures diaphysaires des os longs,
- Fractures du crâne linéaires.

5.5.5. Hématome sous-dural :

Comme l'ont montré plusieurs études, environ 80% des enfants présentant un hématome sous-dural (HSD) ont été victimes de maltraitance. Ainsi, devant la découverte d'HSD chez un jeune enfant (particulièrement avant l'âge de 2 ans), la première priorité est d'éliminer une maltraitance physique, la seconde cause étant le traumatisme accidentel (« < tout HSD chez un nourrisson non-victime d'un AVP signe des sévices à enfant sauf preuve du contraire >> »).

Unité particulière : Syndrome des bébés secoués :

Partie Théorique

Le syndrome du bébé secoué se traduit lorsqu'un bébé ou un jeune enfant est violemment secoué par un adulte. S'observe presque exclusivement chez l'enfant de moins de deux ans.

L'insuffisance de musculature du cou entraîne un ballotement de la tête [La tête d'un bébé, notamment celle d'un très jeune nourrisson, est relativement grosse par rapport au reste de son corps, et les muscles de son cou ne sont pas assez forts pour la soutenir ; ainsi, tout mouvement violent entraîne un effet « coup de fouet »] d'avant en arrière associé à des mouvements rotatoires. Ce ballotement est responsable de lésions tissulaires à l'intérieur du cerveau entraînant des hémorragies intracérébrales et provoque des déchirures des veines superficielles situées entre la calotte crânienne et le cerveau, qui induisent des hématomes sous-duraux [Le mécanisme de survenue de l'HSD par rupture des veines péri cérébrales est maintenant bien démontré].

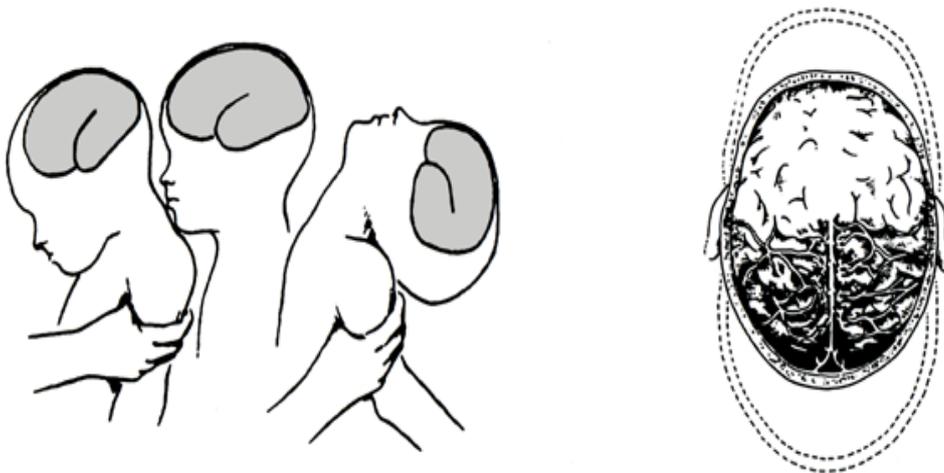


Figure 10 : Mécanisme du syndrome de l'enfant secoué

Diagnostic :

Des critères diagnostiques ont été établis selon les lésions et l'histoire rapportée par l'adulte et non sur les facteurs de risque.

En cas d'histoire absente, fluctuante ou incompatible avec les lésions ou l'âge de l'enfant, à l'issue de la démarche diagnostique et après avoir éliminé les diagnostics différentiels médicaux :

Partie Théorique

- Le diagnostic de secouement est certain quand coexistent un hématome sous dural (HSD) plurifocal et des hémorragies rétiniennes (HR) quelles qu'elles soient ou bien un hématome sous dural plurifocal et une rupture de veines ponts
- Le diagnostic de secouement est probable dès lors qu'existe un hématome sous dural plurifocal, même sans aucune autre lésion cérébrale, rétinienne, cutanée ou osseuse associée.

Ces critères diagnostiques reposent exclusivement sur les lésions objectivées par le bilan et l'histoire rapportée et non sur les facteurs de risque.

Chez un nourrisson, en cas d'histoire clinique absente, fluctuante ou incompatible avec les lésions cliniques ou l'âge de l'enfant, et après élimination des diagnostics différentiels :

Le diagnostic de traumatisme crânien non accidentel par secouement est certain en cas de :

- HSD pluri focaux avec caillots à la convexité (vertex) traduisant la rupture de veines-ponts ;
- HSD pluri focaux et HR quelles qu'elles soient ;
- HSD uni focal avec lésions cervicales et/ou médullaires.

Le diagnostic de traumatisme crânien non accidentel par secouement est probable en cas de :

- HSD pluri focaux même sans aucune autre lésion ;
- HSD unilocal avec HR intra rétiniennes limitées au pôle postérieur ;
- HR touchant la périphérie et/ou plusieurs couches de la rétine, qu'elles soient uni ou bilatérales.

Le diagnostic est confirmé par l'examen du fond d'œil (hémorragies rétiniennes) et par l'imagerie cérébrale (scanner).

Le pronostic est souvent sévère avec une mortalité allant de 10 à 25 % et des séquelles neurologiques ou visuelles fréquentes (dans 75 % des cas).

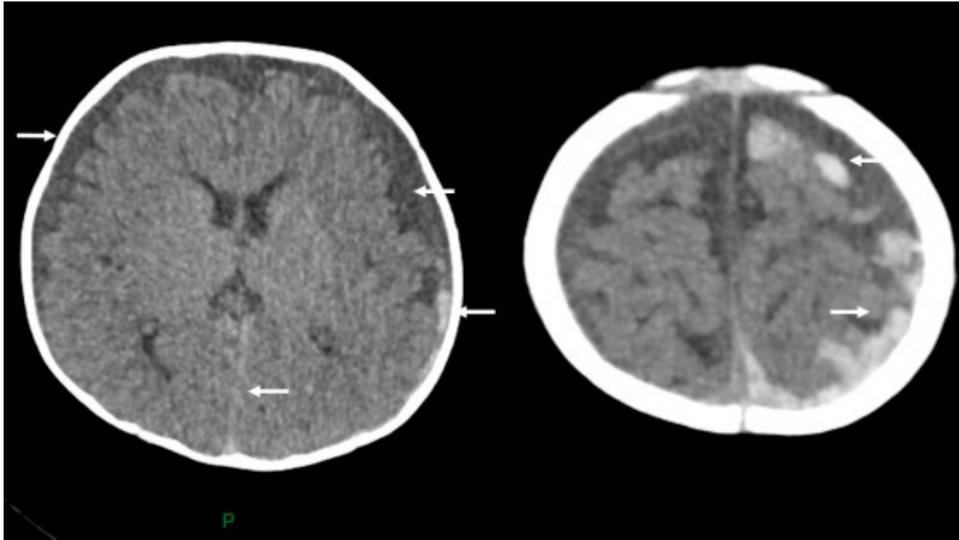


Figure 11 : Scanner cérébral effectué chez un garçon âgé de 3 mois pour vomissements

- Aspect typique de SBS. Hématome sous-dural multifocal hypo- et hyperdense (flèches). Caillots au sommet (image de droite, flèches)

Complication :

Le ballonnement cause également des hémorragies rétiniennes typiques du syndrome des enfants secoué. Ainsi que 75 % des bébés qui survivent aux secouements connaîtront des séquelles très lourdes dues à des lésions cérébrales :

- ❖ Un retard du développement psychomoteur ou des handicaps moteurs ;
- ❖ Des troubles cognitifs et des difficultés d'apprentissage ;
- ❖ Des problèmes de comportement ;
- ❖ Des troubles de l'alimentation ;
- ❖ Des troubles du sommeil ;
- ❖ Un déficit visuel ou une cécité ;
- ❖ Un déficit auditif ou une surdité ;
- ❖ Des crises épileptiques.

Ce syndrome se manifeste aussi par des troubles neurologiques chez le nourrisson (convulsions, altérations de la conscience, fontanelle bombée).

Unité particulière : Syndrome de Münchhausen par procuration :

Bien que très rarement rencontré, il mérite d'être individualisé du fait de ses spécificités et de son caractère potentiellement très dangereux. Décrit aussi sous le nom de syndrome de Meadow, son diagnostic repose sur quatre critères :

Partie Théorique

- la survenue, chez un enfant, d'une maladie simulée et/ou produite par un parent ;
- des demandes insistantes du ou des parent(s) auprès de médecins pour examiner et soigner l'enfant conduisant à des procédures thérapeutiques multiples.
- un déni de la connaissance de la cause de la maladie par le parent responsable.
- une disparition des symptômes quand l'enfant est séparé du parent responsable. Souvent les parents ont des professions proches du milieu médical.

Les symptômes sont ingénieusement fabriqués ou inventés, à l'origine d'une difficulté diagnostique.

- Il peut s'agir d'hémorragies vraies, induites (par administration d'anticoagulants)
- D'hyperthermies en chauffant le thermomètre
- D'hypoglycémie (par injection d'insuline)
- De troubles digestifs par administration dissimulée de substances émétisantes
- De falsification des prélèvements sanguins et urinaires par adjonction de sel, de sucre, d'albumine ou de toxique divers
- De troubles de la conscience par administration de toxiques à l'insu de l'enfant.

A court ou moyen terme, il existe des risques somatiques graves, par intoxication, infection, troubles métaboliques pouvant être mortels ou des risques d'accidents iatrogènes, car ces enfants subissent des interventions à visée diagnostique et thérapeutique souvent inappropriées.

Les troubles de la relation parents-enfants sont souvent importants. Il mérite d'être connu car il a pu aboutir à des issues fatales. C'est une situation où il faut savoir très rapidement prendre la décision d'interdire les visites au parent suspect.



Figure 12 : Syndrome de tourniquet chez un garçon âgé de 4 ans : sillon circulaire à la racine du sexe consécutif à une striction au lien. Lésion punitive (énurésie).

5.6. La négligence :

Les carences d'apport :

- La carence d'apports intéresse surtout le nourrisson et l'enfant de moins de 3 ans.
- L'anomalie de croissance est principalement pondérale. Les enfants souffrent d'une dénutrition modérée à légère pour la majorité d'entre eux.
- Dans les formes sévères, les infections intercurrentes sont fréquentes et il peut exister des troubles digestifs à type de vomissements, diarrhée ou météorisme abdominal. Des phénomènes de rumination ou d'anorexie sont parfois rapportés.

Privation volontaire de soins :

Le refus de traitement pour une maladie niée par les parents, souvent grave, avec recours à des médecines alternatives, alors qu'un traitement peut guérir ou améliorer l'enfant.

L'enfant dont les parents refusent toute vaccination, y compris celles qui sont obligatoires

5.7. Abus sexuel :

Participation d'un enfant ou d'un adolescent mineur à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriées à son développement psychosexuel, qu'il subit sous la contrainte, par violence ou séduction, ou qui transgressent les tabous sociaux.

5.7.1. Mode de révélation :

- Révélation spontanée ou suspicion d'un parent : prendre en considération, sans déni ni banalisation.
- Affections gynécologiques ou anales
- métrorragies chez une enfant impubère
- infection à germes sexuellement transmissible
- traumatisme des organes génitaux externes
- Grossesse chez une adolescente
- Rectorragies
- Plaintes fonctionnelles : douleurs abdominales ou céphalées récurrentes, constipation ou encoprésie récente, énurésie diurne ou nocturne chez un enfant ayant déjà acquis la propreté, consultations à répétition.
- Troubles du comportement, en particulier d'apparition brutale : troubles du sommeil, de l'alimentation, du comportement sexuel, troubles de l'attention, baisse des performances scolaires, agressivité anormale.

5.8. Maltraitance psychologique :

- Dont les signes sont sournois difficile à identifier mais tout aussi destructeurs.
- 6 catégories de comportement maltraitant s'inscrivant dans un schéma répétitif et durable sont distinguées :
 1. **Le rejet** : Rejeter l'enfant refuser de lui accorder l'importance rabaisser, humilier, critiquer en permanence.
 2. **Terroriser l'enfant** : Les comportements visa menacé l'enfant (abandon, blessure, meurtre) et à entretenir un Clément de terreur craint d'un danger pour lui ou une personne aimée.

3. **Isolement** : Les comportements visant à refuser à l'enfant de ces besoins d'interaction et de communications.

4. **Exploitation** :

- Encourager l'enfant à développer des comportements inappropriés faire naître/encourager des comportements antisociaux, prostitution, activités illégales
- Obliger l'enfant à jouer un rôle parental ou à l'inverse l'infantiliser.
- Inciter à réaliser les rêves non réalisés par les parents

5. **Ignorance** : L'indifférence absolue et l'absence de réaction de l'adulte aux besoins affectifs de l'enfant

6. **Négligence (Cf négligence)** :

5.9. Conduite à tenir devant un sévices d'enfant :

Tout médecin est tenu de porter secours à une personne en péril et entre autres, aux mineurs de 15 ans. S'il ne prend pas en charge directement ce secours, il doit l'organiser. C'est ainsi qu'il peut respecter tout à la fois ses devoirs de citoyen et de médecin. Son action peut s'exercer, selon son choix auprès des autorités administratives ou Judiciaires.

Qui sont ces autorités ?

Administratives :

- Le médecin de PMI (Protection Maternelle et Infantile)
- L'inspecteur départemental de l'enfance
- Le directeur du service de protection sociale.

Judiciaires :

- Le procureur de la république ou son substitut
- Le juge des enfants.

« LORSQU'UN mineur est victime de mauvais traitements ou qu'il est présumé L'être et qu'il est impossible d'évaluer la situation ou que la famille refuse manifestement d'accepter l'intervention du service de l'aide sociale à l'enfance, le président du conseil général avise sans délai l'autorité judiciaire » le rôle du médecin est donc simplifié et s'adapte à la nature du danger.

En cas de danger imminent, la meilleure solution pour le médecin reste Évidemment l'hospitalisation. L'hôpital, lieu neutre permet de protéger l'enfant et de « Voir venir ». Encore

Partie Théorique

faut-il que l'autorisation soit obtenue de la famille. Si le danger est réel et que la famille oppose un refus incontournable, le signalement doit être fait à l'autorité judiciaire :

- Le procureur de la république ou son substitut (permanence de 24H/24 près du Tribunal de grande instance)
- Le juge des enfants (en cas d'extrême urgence)
- La police ou la gendarmerie (dans les villes sans T.G.I).

Enfin si le médecin ne choisit pas cette solution, il peut avertir les autorités Administratives en signalant l'imminence du danger et les difficultés rencontrées, le Signalement sera fait, par elles à l'autorité judiciaire

Qu'advient-il ?

Le procureur est seul juge de l'opportunité des poursuites. En effet, si la procédure Pénale satisfait la conscience collective et est susceptible d'exemplarité, elle n'est utilisée que dans le cas les plus graves ; le « rôle judiciaire » est plus un rôle de protection du mineur que de sanction obligatoire à l'encontre des parents.

- Le procureur peut prendre des mesures de sauvegarde immédiates (retrait de l'enfant par ex).
- Le juge des enfants peut mettre en œuvre la mesure d'assistance éducative, laquelle peut s'exercer en milieu ouvert (dans une famille) ou en placement (établissement).

Les poursuites pénales lorsqu'elles sont engagées par le procureur, font encourir Aux auteurs des sévices des peines d'amende et d'emprisonnement, variable selon la qualité des auteurs et la nature des sévices.

L'attitude du médecin :

- Traiter l'enfant
- Etablir un certificat médical descriptif, photos, prélèvements et donner un Traitement médicamenteux si ça nécessite.
- Signaler le cas au service social de l'hôpital ou aux autorités judiciaires (Dérogation légale du secret médical)

Le rôle du médecin est important, car ses constatations constituent des signes objectifs de maltraitance, en fait, il est toujours conseillé au médecin traitant de faire hospitaliser l'enfant dans un service de pédiatrie, cette hospitalisation qui sépare l'enfant du milieu dangereux, permet le diagnostic des sévices.

En cas d'urgence ou de refus d'hospitalisation, il faut saisir le procureur de la république ou les autorités médicales et administratives chargées des actions sanitaires et Sociales.

5.10. Prévention :

La prévention de la maltraitance des enfants exige une approche multisectorielle.

Les programmes efficaces sont ceux qui apportent un soutien aux parents et leur apprennent à être de bons parents, les impliqués dans la thérapie. On citera : Les visites d'infirmières à domicile pour fournir aux parents un soutien, des conseils et des informations.

Les programmes de formation parentale, généralement proposés en groupe, pour améliorer les compétences des parents en matière d'éducation, leur inculquer de meilleures connaissances du

Développement de l'enfant et promouvoir des stratégies positives de gestion du comportement de l'enfant. Les interventions à volets multiples, avec généralement des composants soutiens et éducation des parents, enseignement préscolaire, et soins à l'enfant.

5.11. Législation :

Le législateur Algérien s'est inspiré des premiers textes de loi répressive spécifiques de maltraitements des enfants en France qui sont apparus en 1898

En 2008, le Parlement adopte une Loi sur l'éducation qui interdit les châtiments corporels, les sévices moraux et toutes formes de brimades dans les établissements scolaires. Entre 2008 et 2015, un Plan National d'Action pour les enfants guide l'action gouvernementale et débouche sur l'adoption, en 2014 d'un amendement du Code pénal durcissant les peines encourues par les auteurs de violences à l'égard des enfants, et en 2015, d'une Loi relative à la protection de l'enfance qui consacre un certain nombre de nouveaux droits pour les enfants et instaure des mécanismes de protection renforcés dont la création de l'Organe National de Protection et de la Promotion de l'Enfance.

On retrouve la mention de certaines sanctions d'actes commis envers les enfants, cité par la loi no 314, loi no 315, loi no 316 du 20 décembre 2006.

- **Art. 314** : Quiconque expose ou fait exposer, délaisse ou fait délaisser, en un lieu solitaire, un enfant ou un incapable, hors d'état de se protéger lui-même à raison de son état physique ou mental, est, pour ce seul fait, puni de l'emprisonnement d'un (1) à trois (3) ans. S'il est résulté de l'exposition ou du délaissement une maladie ou

Partie Théorique

incapacité totale de plus de vingt (20) jours, la peine est l'emprisonnement de deux (2) à cinq (5) ans. Si l'enfant ou l'incapable est demeuré mutilé ou estropié, ou s'il est resté atteint d'une infirmité permanente, la peine est la réclusion de cinq (5) à dix (10) ans. Si l'exposition ou le délaissement a occasionné la mort, la peine est la réclusion de dix (10) à vingt (20) ans.

- **Art. 315 :** Si les coupables sont les ascendants ou toutes autres personnes ayant autorité sur l'enfant ou l'incapable, ou en ayant la garde, la peine est : - L'emprisonnement de deux (2) à cinq (5) ans dans les cas prévus au premier alinéa de l'article 314 ; - La réclusion de cinq (5) à dix (10) ans dans le cas prévu au deuxième alinéa du dit article ; - La réclusion de dix (10) à vingt (20) ans dans le cas prévu au troisième alinéa du dit article ; - La réclusion perpétuelle dans le cas prévu au quatrième alinéa du dit article.
- **Art. 316 :** Quiconque expose ou fait exposer, délaisse ou fait délaisser en un lieu non solitaire un enfant ou un incapable hors d'état de se protéger lui-même à raison de son état physique ou mental, est, pour ce seul fait, puni de l'emprisonnement de trois (3) mois à un (1) an. S'il est résulté de l'exposition ou du délaissement une maladie ou incapacité totale de plus de vingt jours, la peine est l'emprisonnement de six (6) mois à deux (2) ans. Si l'enfant ou l'incapable est demeuré mutilé ou estropié qu'il est resté atteint d'une infirmité permanente, la peine est l'emprisonnement de deux (2) à cinq (5) ans. Si la mort s'en est suivie, la peine est la réclusion de cinq (5) à dix (10) ans.

Code Pénal Algérien (CPA) :

- **Article 269 :** « quiconque volontairement fait de blessures porte des coups à un mineur de 16 ans ou le prive volontairement d'aliments ou de soins au point de compromettre sa santé, ou commet volontairement à son encontre autre violence ou voie de fait à l'exclusion de violences légères (correction parentale) est puni d'un emprisonnement de 1 à 5 ans et d'une amende de 500 à 5000 DA
- **Article 270 :** s'il a eu préméditation, Incapacité Totale de Travail (ITT) > 15 jours ; la peine est de 3 à 10 ans et 500 à 6000 DA
- **Article 271 :** lorsqu'il est résulté une mutilation, amputation, infirmités permanentes, la peine est 10 à 20 ans
- **Article 272 :** lorsque les coupables sont le père ou la mère légitime, autres ascendants légitimes **Articles 314 à 320 :** exposition et délaissement des enfants ou des incapables
- **Articles 334 à 337 :** attentats à la pudeur

Partie Théorique

✓ **Loi sanitaire :**

- **Article 206/03 :** les praticiens doivent dénoncer les sévices sur enfants mineurs et personnes privées de liberté dont ils ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession.

✓ **Code de déontologie médicale :**

- **Article 54 :** quand le médecin, le chirurgien-dentiste, appelé auprès d'un mineur, ou d'une personne handicapée constate qu'ils sont victimes de sévices, de traitements inhumains, de privations, il doit en informer les autorités compétentes.

PARTIE PRATIQUE

1. Matériel et méthodes :

- Dans cette partie de notre recherche nous présenterons les résultats de l'étude

Nous allons nous baser sur les données recueillies à travers notre documentation à partir des dossiers des coups et blessures et les agressions sexuelles du service de médecine légale du 1er semestre de l'année 2022 ; pour expliquer les résultats et arriver à répondre au questionnement, qui a constitué le point de départ de toute cette étude.

Les dossiers ont été analysés en fonction des critères suivants :

- Age
- Sexe
- La saison
- La région
- Le type de maltraitance.

1.1. But de l'étude :

Cette enquête a été menée dans le but de ressortir la réalité de la maltraitance infantile dans notre société sur l'échelle de la wilaya de Tlemcen, et surtout pour évaluer son impact et mettre en évidence le rôle du médecin et du législateur algérien devant ce fléau dans toute son épaisseur.

2. Objectifs de l'étude :

- Nos objectifs sont classés en un objectif principal et des objectifs secondaires :

2.1. Objectif principal :

- Etablir une étude rétrospective, qui reflète l'importance et l'impact de la maltraitance infantile déclarés au niveau du service de médecine légale CHU Tlemcen.

Objectifs secondaires :

- Montrer l'ampleur statistique de la maltraitance infantile au sein de notre wilaya.
- Situer la place du médecin devant la maltraitance sur le plan médico-légal.
- Qu'est-ce qu'il a fait le législateur algérien envers ce problème ?
- Améliorer les connaissances scientifiques sur le sujet

3. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective, ayant eu pour supports et sources de travail les données de service de médecine légale CHU Tlemcen soulevant la maltraitance infantile pendant le 1er semestre de l'année 2022

4. Population étudiée :

Notre étude a porté sur Population infantile

5. Critères d'inclusion et d'exclusion :

La population infantile pour les 2 sexes et inférieurs à 16 ans ; type de maltraitance physique dans les dossiers (coups et blessures et agressions sexuelles) du service de médecine légale CHU Tlemcen.

Nous n'avons pas exclu aucun dossier (sujet + de 16 ans est exclu systématiquement par définition de la population infantile).

6. Lieu ; Calendrier de l'étude :

- **Lieu** : service médecine légale chu Tlemcen
- **Calendrier** : 1er semestre de l'année 2022

7. Variables :

- **Le Questionnaire comporte** :
 - Profil : âge ; sexe
 - Type de la maltraitance physique
 - Lieu de maltraitance
 - La relation entre l'auteur et la personne maltraitée
 - La région
 - Le mois

8. Exploitation des données :

- La saisie des données a été réalisée par nous même au fur et à mesure de l'étude des dossiers et du questionnaire.
- Nous avons utilisé le logiciel EXCEL pour effectuer les tests statistiques ; les diagrammes et les tableaux.

9. Les considérations éthiques :

Notre étude des dossiers a été faite entièrement dans le respect de l'anonymat.

10. Résultats de l'étude sur dossiers :

10.1. Caractéristiques générales de la population :

Tableau 1 : Les caractéristiques de population de recherche selon le sexe.

Sexe	Effectifs	Pourcentage
Masculin	31	43,05
Féminin	41	56,94
TOTAL	72	100

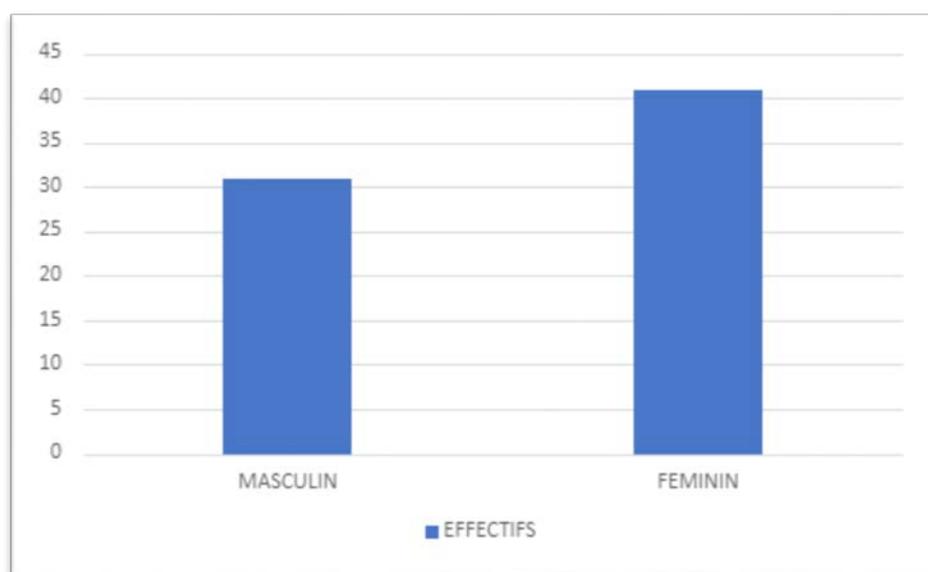


Figure 13 : La répartition selon le sexe

Tableau 2 : Les caractéristiques de population de recherche selon l'âge.

Âge	Effectifs	Pourcentage
<5ans	3	4,16
[5 ans ; 10 ans [27	37,5
[10 ans ; 16 ans [42	58,33
TOTAL	72	100

Partie Pratique

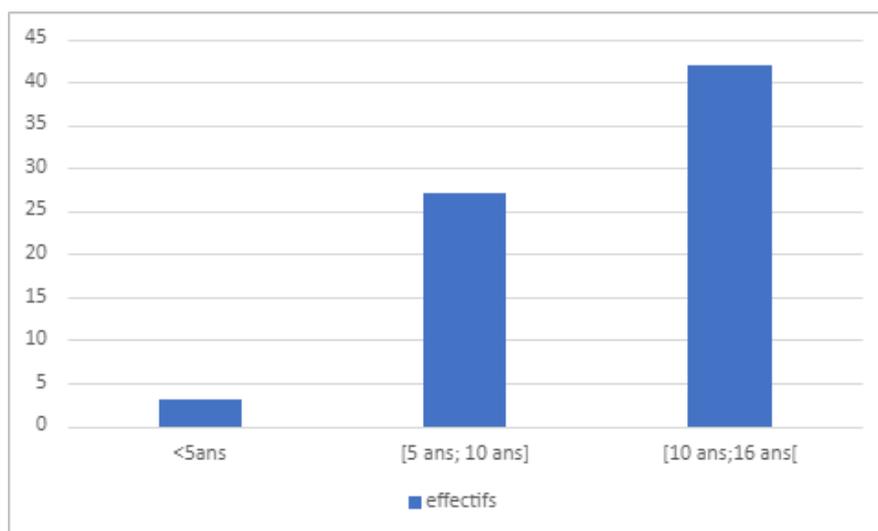


Figure 14 : La répartition selon l'âge

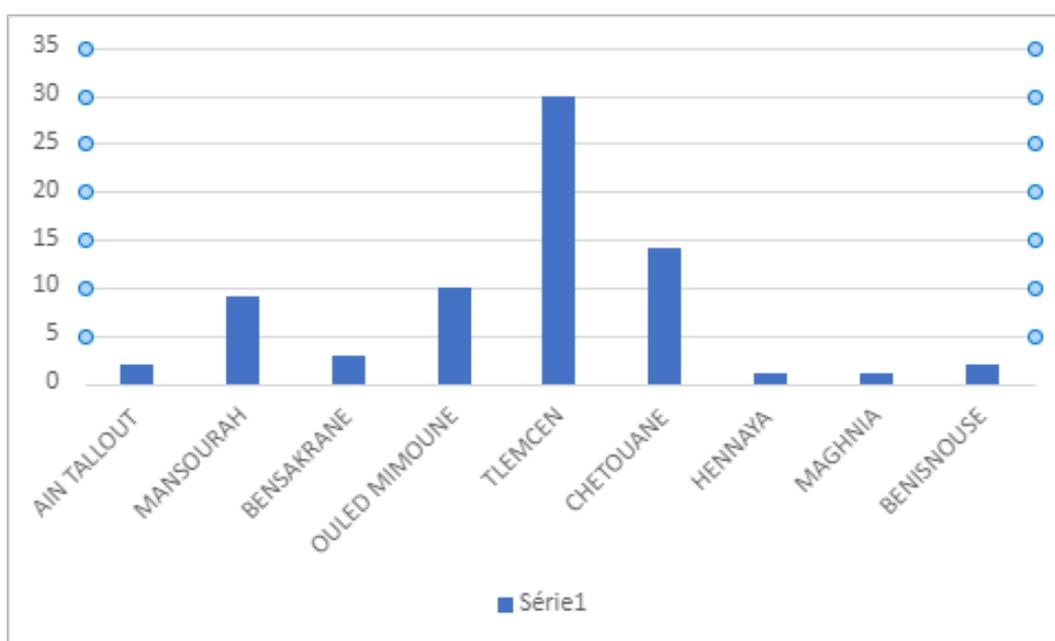


Figure 15 : La répartition selon les régions

Nous avons retenu selon les critères d'inclusion et d'exclusion 72 sujets, subissant une maltraitance physique dans le 1er semestre de l'année 2021 à partir des dossiers de coups et blessures et agressions sexuelles au niveau du service de médecine légale du CHU de Tlemcen :

- Enfant sexe masculin : 43.05% (31 enfants)
- Enfant sexe féminin : 56.94% (41 enfants)

On observe que la maltraitance physique affecte d'avantage les filles que les garçons avec un sexe-ratio (garçon/fille) =0.75 .

Partie Pratique

- Enfant dont l'âge < 5ans : 4.16%(3enfants)
- Enfant dont l'âge entre 5ans et 10 ans : 37.5% (27 enfants)
- Enfant dont l'âge <16ans : 58.33% (42 enfants)

Sur le total de la population étudiée, nous avons constatés que les enfants de sexe féminin et entre 10 ans et 16ans sont les plus affrontés à la maltraitance. Ils représentent à peu près le même pourcentage qui est de 56.94% et 58.33% respectivement. Alors que les garçons représentent 43.05% et Les enfants dont l'âge entre 5 ans et 10 ans sont présentes aussi par un chiffre de 37.5%. Au final, la tranche d'âge <de 5ans représente seulement 4.16%

10.2. Résultats et Interprétation :

10.2.1. Maltraitance sexuelle :

10.2.1.1. Selon le sexe :

Tableau 3 : La répartition selon le sexe

Sexe	Effectifs	Pourcentage
Masculin	9	34,61
Féminin	17	65,38
TOTAL	26	100

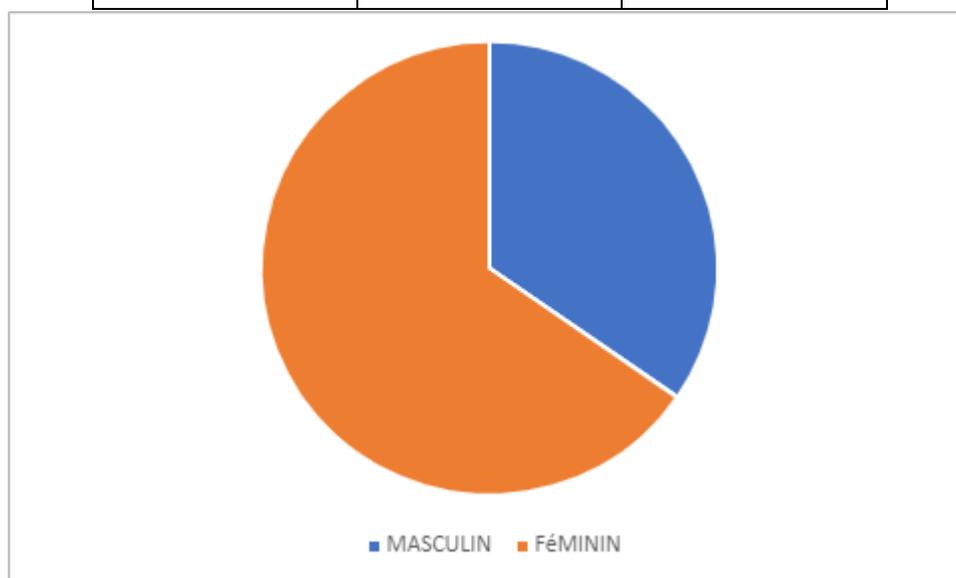


Figure 16 : La répartition de la maltraitance sexuelle selon le sexe

Sur l'ensemble des dossiers de la maltraitance sexuelle durant le 1^{er} semestre de l'année 2022 qui sont au nombre de 26 dossiers 17 entre victimes de l'abus sexuel sont de sexe féminin , 9 sont de sexe masculin.

10.2.1.2. Selon l'âge :

Tableau 4 : La répartition selon l'âge

Âge	Effectifs	Pourcentage
<5ans	0	0
[5 ans ; 10 ans [5	19,23
[10 ans ; 16 ans [21	80,76
TOTAL	26	100

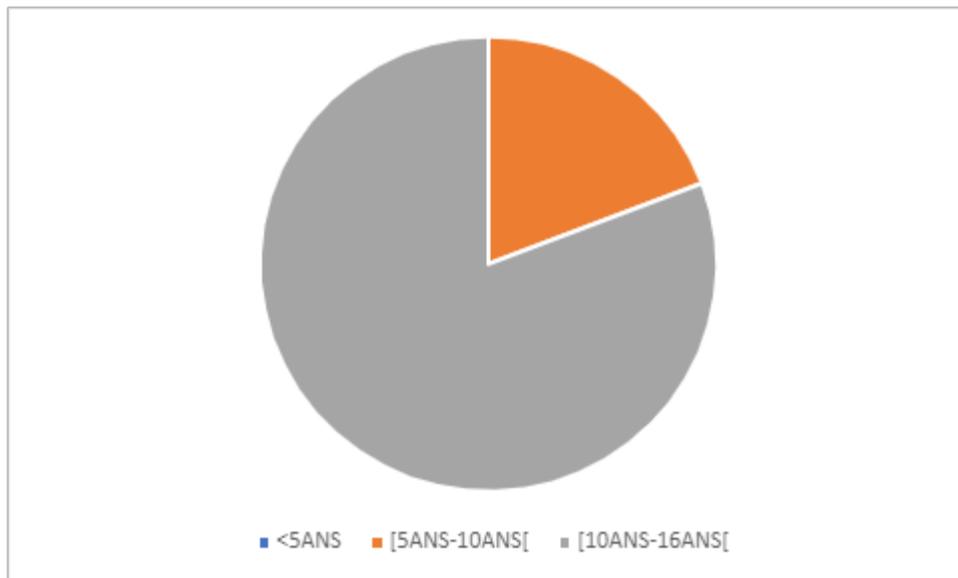


Figure 17 : La répartition de la maltraitance sexuelle selon l'âge

- On observe que la tranche d'âge la plus touchée est entre 10 et 16 ans représente la quasi-totalité des cas déclarés (81) puis ceux entre 5 et 10 ans.
- Pas des cas déclarés dont l'âge est inférieur à 5 ans

10.2.1.3. Résultat de l'examen clinique :

- **En faveur d'un examen anal chez le garçon :**

Tableau 5 : Résultats de l'examen clinique anal

	En faveur de lésion anale	Pas de lésion	Total
Résultat de l'examen clinique	1	8	9

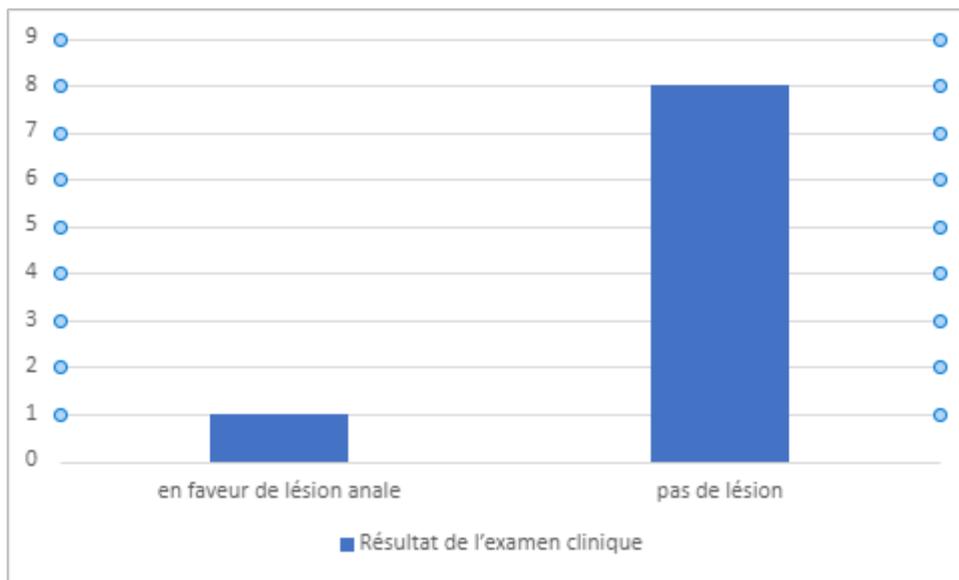


Figure 18 : Examen anal chez le garçon

- Parmi les garçons Un seul cas dont l'examen clinique a objectivé des véritables lésions anales
- **En faveur d'un examen gynécologique et anal chez une fille :**

Tableau 6 : Résultats de l'examen gynécologique et anal chez la fille

Résultat de l'examen clinique	Hymn perforé	Lésion anale	Examen en faveur de lésion génitale	Examen refusé	Sans particularité
N	2	1	2	1	20

Partie Pratique

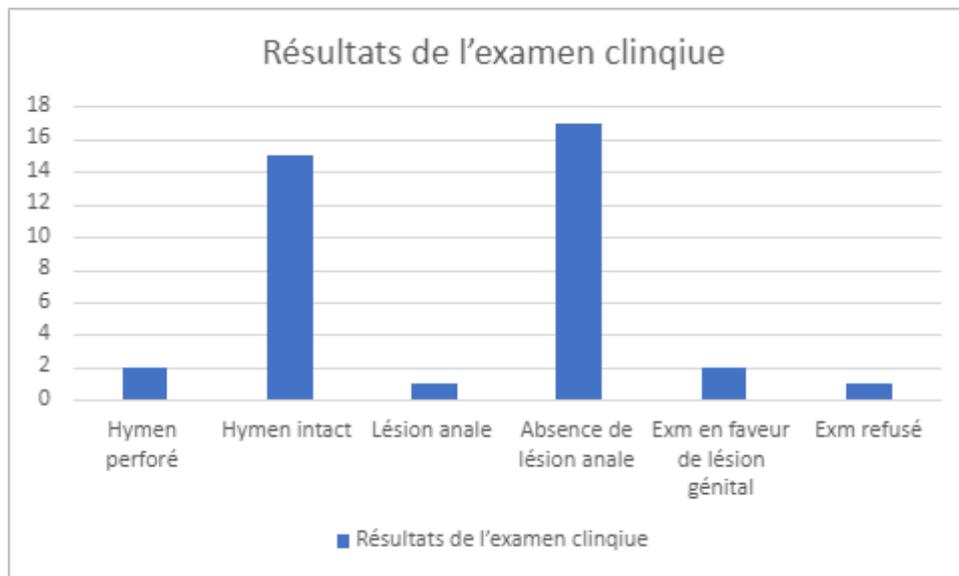


Figure 19 : Examen gynécologique et anal chez la fille

L'examen gynécologique des filles victimes de l'abus sexuel dans les cas traités a objectivé :

- 2 cas avec dont l'hymen été perforé
- 2 cas en faveur de lésions génitales sans véritable perforation anale
- 1 cas ou l'examen clinique a révélé des lésions anale
- pour les cas restant l'examen clinique n'a pas objectivé des véritables lésions.

➤ **La répartition des cas selon le mois :**

Tableau 7 : répartition des cas selon les mois

Mois	Jan	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Total
effectifs	8	3	1	2	8	4	26
Pourcentage	30.76	11.54	3.85	7.69	30.77	15.38	100

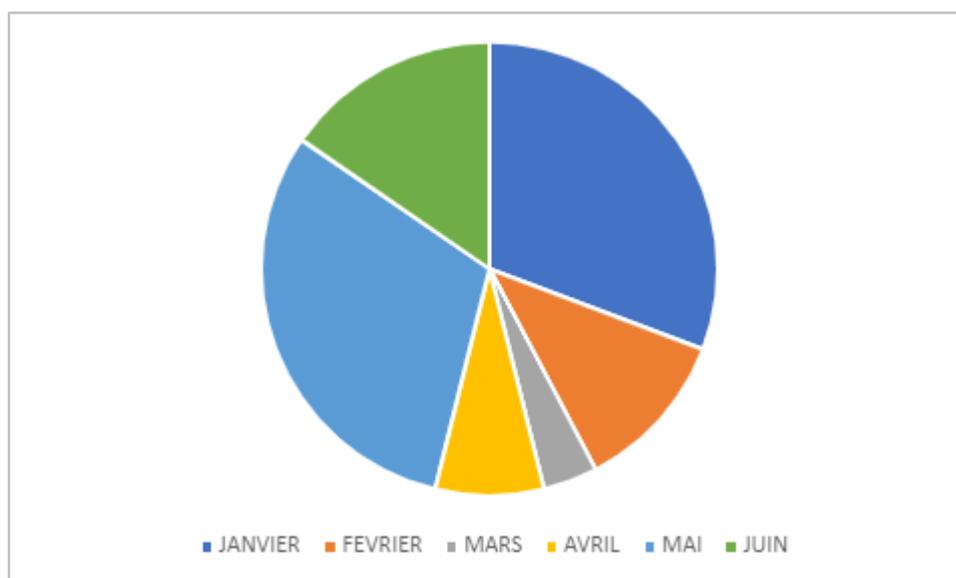


Figure 20 : Le nombre de cas selon les mois

Le nombre des cas déclarés selon le moi par ordre décroissant :

- Janvier : 30,76
- Mai : 30,76
- Juin : 15,38
- Février : 11,54
- Avril : 7,69
- Mars : 3,85

10.2.2. Coups et blessures :

10.2.2.1. Selon l'âge :

Tableau 8 : La répartition des cas selon la tranche d'âge

Age	<5 ans	[5 ans ; 10 ans [[10 ans ; 16 ans [
effectifs	3	22	20

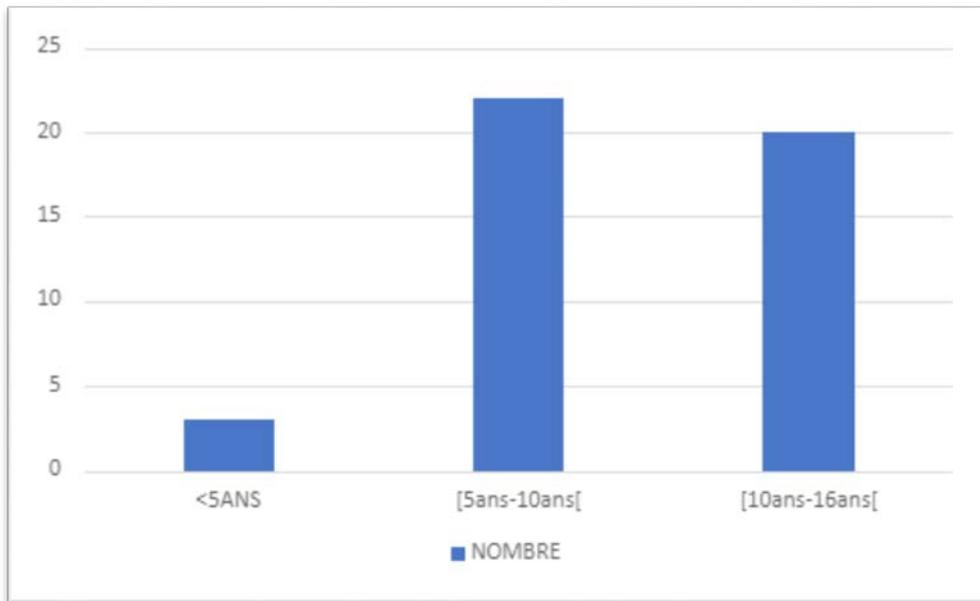


Figure 21 : les tranches d'âge

- Il semble que la tranche d'âge la plus touchés est celle entre 5 et 10 ans puis entre 10 et 16 ans

10.2.2.2. Selon le sexe :

Tableau 9 : la répartition des cas selon le sexe

Sexe	Masculin	Féminin	Total
effectifs	22	23	45

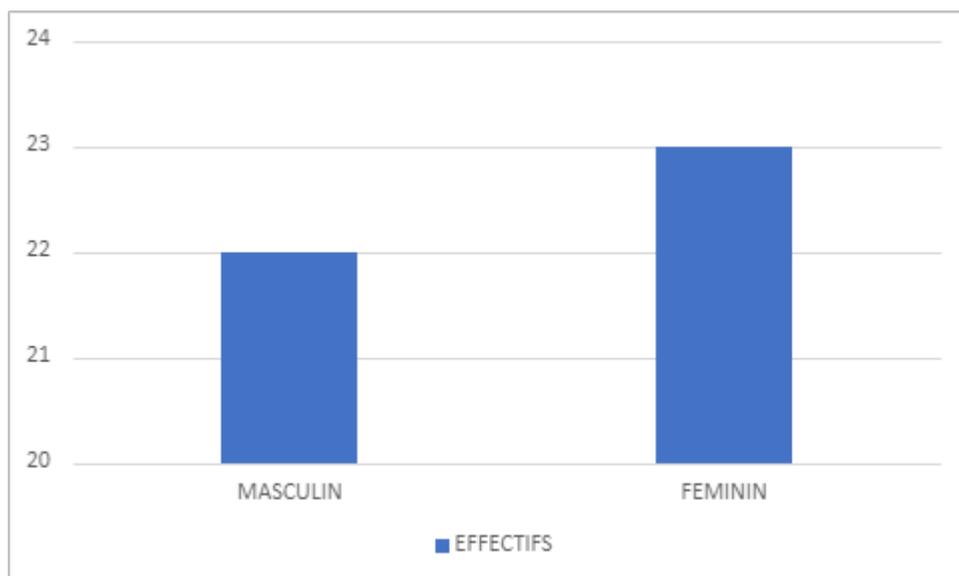


Figure 22 : Le sexe des victimes

Partie Pratique

Les 2 sexes sont touchés d'une manière de façon presque égale (sexe ratio =0.96)

10.2.2.3. Selon le type de l'objet :

Tableau 10 : Le type de l'objet

Type	Tranchant	Contondant
effectifs	7	38

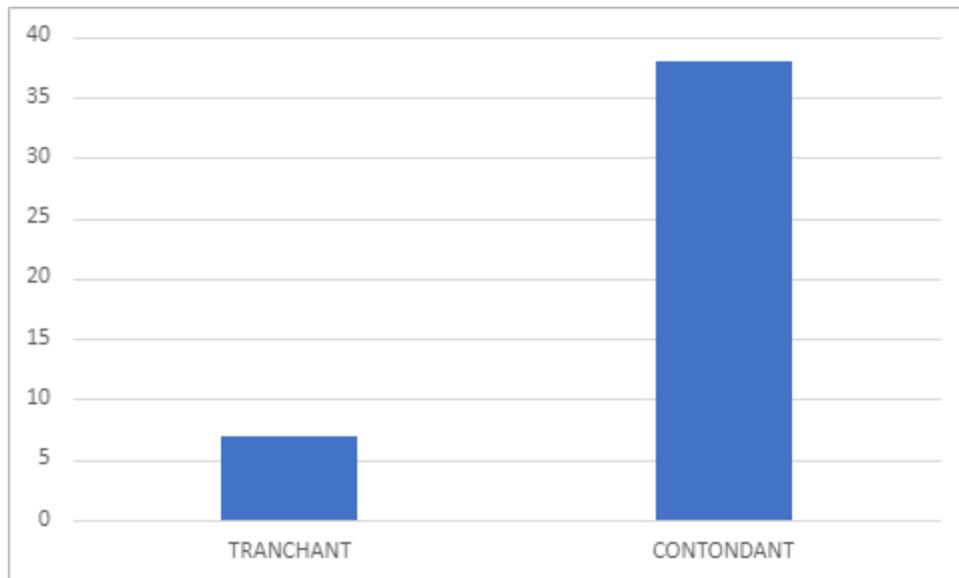


Figure 23 : Les 2 types d'objet

- Les objets contondants sont les plus utilisés (84,4 %)

10.2.2.4. Selon le type de lésion :

Tableau 11 : Le nombre et le types de lésion

Type	Plaie	Dermabrasion	Œdème	Ecchymose	Sans trace	Total
effectifs	11	11	19	4	11	56

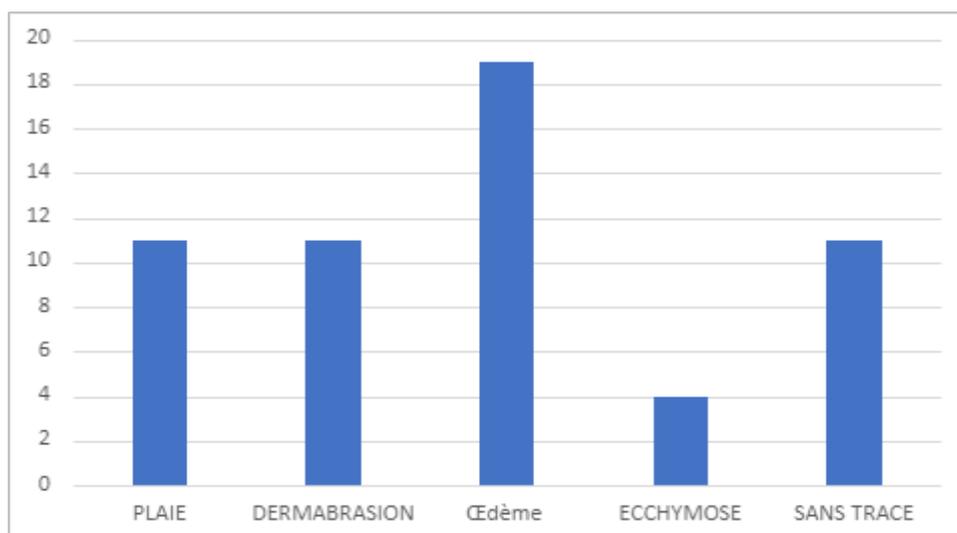


Figure 24 : Le type de lésion

- Sur les lésions citées dans les dossiers de coups et blessures volontaires : les sévices ont engendré :
 - Des œdèmes en premier lieu (34 % de l'ensemble des lésions)
 - Secondairement des plaies et des dermabrasions (environ 20%)
 - Des ecchymoses (07% des cas).

10.2.2.5. Selon le siège de la lésion :

Tableau 12 : le nombre et le siège de la lésion

Siège de la lésion	Tête et cou	Tronc	Membres	Total
Nombre	23	6	11	40

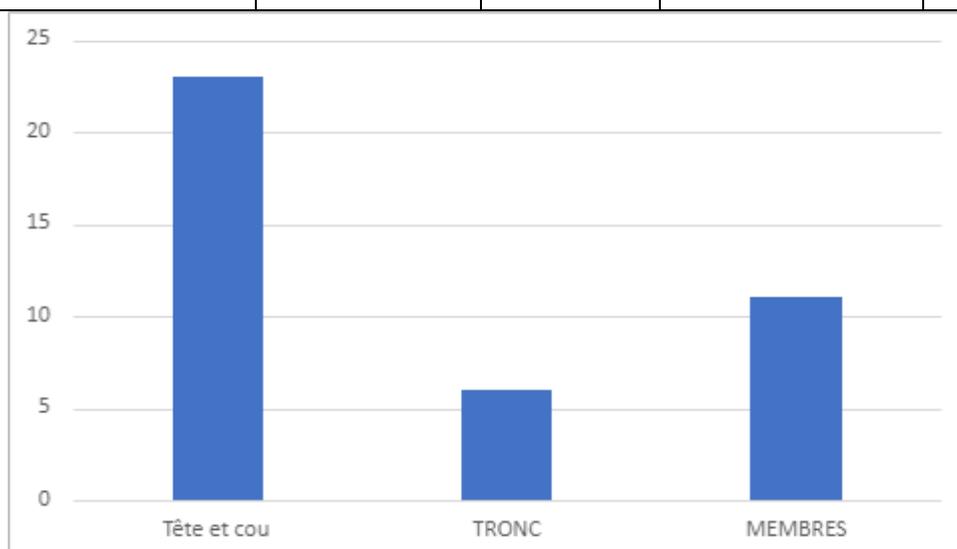


Figure 25 : Le siège de la lésion

- Pour localiser les endroits atteints lors des coups et blessures volontaires nous avons eu recours à une répartition relative aux différentes parties du corps.
- En premier lieu, les lésions siègent à la tête et le cou suivie des membres et en fin le tronc.

11. Discussion :

11.1. Limite :

- Difficulté dans la collecte des données à cause d'absence des fiches numérique au sein de service de médecine légale de CHU Tlemcen.
- Manque de certaines informations utiles pour notre travail dans les dossiers
- Manque des études similaires
- La méconnaissance de problématique :
 - Certains comportements s'inscrivent dans les normes sociales, parfois perçus comme des méthodes éducatives.
 - Manque de formation du personnel médical concernant la maltraitance.
 - Par conséquent une sous déclaration des sévices a enfants.
- En Algérie, la violence sexuelle à l'égard des enfants est très mal maitrisée à cause de son aspect Tabou qui l'enrobe, et qui empêche de dévoiler les différents incidents commis dans ce cadre.

11.2. La discussion des résultats :

Dans cette partie on va discuter les résultats collecter au niveau du service de médecine légale du CHU Tlemcen avec un nombre total de 72 cas de maltraitance envers les enfants durant le premier semestre de l'année de 2022.

En Algérie, le nombre des maltraitances est très supérieur à celui déclarés. Par conséquent, la fréquence de la maltraitance infantiles reste méconnue. Cela peut s'expliquer par la méconnaissance des négligences, l'inconscience qu'il y a une maltraitance, peur d'être un délateur, peur de médire d'un proche ou d'un collègue.

-On constate que les enfants entretinent [10 ; 16 ans [sont les plus touchés par les violences physiques puis ceux entrent [5 ; 10 ans [et dernièrement la tranche <5 ans

Cela n'est pas compatible en totalité avec les chiffres déclaré par l'organe nationale pour la protection et la promotion de l'enfance durant la même période dont cette dernière tranche est classée la 2eme.

- La répartition épidémiologique selon les différentes régions peut être expliqué par la densité démographique (nombre des cas augmente dans la région parallèlement avec l'augmentation de la population dans la même région) ; une étude plus approfondie est nécessaire pour expliquer cette répartition.

11.2.1. Coups et blessures volontaires :

Il semble que les sévices atteintes les parties extrêmes du corps avec un penchant pour la tête, alors que l'endroit soit extrêmement fragile. En ce qui concerne l'objet utilisés les lésions sont causées majoritairement par des objets contondants puis par des objets tranchants

1. Les objets contondants, tels que des ceintures, des bâtons, coup de poing ou d'autres objets similaires, sont souvent utilisés dans la maltraitance infantile pour plusieurs raisons :
2. Disponibilité et accessibilité: Ces objets sont souvent facilement accessibles dans l'environnement domestique, ce qui les rend pratiques pour les agresseurs.
3. Effets physiques sans grande force requise: Les objets contondants peuvent causer des blessures physiques significatives sans nécessiter beaucoup de force de la part de l'agresseur. Cela permet à un adulte plus petit ou moins fort de dominer et de contrôler un enfant.
4. Moins de preuves évidentes: Les blessures causées par des objets contondants ne laissent pas toujours de traces.
5. Contrôle psychologique: L'utilisation d'objets contondants peut également avoir un effet psychologique sur la victime, la rendant plus susceptible de se soumettre à l'agresseur par peur des conséquences.

Les lésions engendrées sont expliquée par la nature des objets les objets contondantes causent beaucoup plus des œdèmes des ecchymoses ou même peuvent ne rien donner comme lésion

Alors que les objets tranchants donnent le plus souvent des dermabrasions ou des plaies . Dans le cadre de l'identité de l'agresseur, on remarque que la maltraitance vient des autres personnes en relation avec l'enfant (voisin, et membre de famille...) secondairement des gens

inconnus, puis de personnel de l'école (enseignant, directeur, surveillants ...) et finalement de la part des Parents.

Ce qui est compatible avec une étude faite par A.kerbouche «incidence et fréquence du phénomène de la maltraitance en Algérie » (université Mentouri Constantine). Mais cela ne peut pas être concluant, à cause de manque de précision de l'auteur dans certains dossiers.

11.2.2. Maltraitance sexuelle :

Notre étude a prouvé comme plusieurs autres études réalisées que la prévalence de la maltraitance est plus important chez les filles nous citerons comme L'étude nationale sur les enfants maltraités et négligés (National Survey of Children's Exposure to Violence - Natscev) aux États-Unis qui a révélé plusieurs résultats concernant le rapport sexe-ratio de la maltraitance sexuelle chez les enfants :

1. Pour les enfants victimes de contacts sexuels non consentus : Le rapport sexe-ratio variait en fonction de l'âge des enfants. Les données ont montré que les filles étaient plus susceptibles d'être victimes de contacts sexuels non consentus que les garçons dans la plupart des groupes d'âge étudiés.
2. Pour les enfants victimes de tentatives de viol : Les filles étaient également plus susceptibles d'être victimes de tentatives de viol que les garçons.
3. Pour les enfants victimes de viol complet : Les résultats ont montré que les filles étaient beaucoup plus susceptibles d'être victimes de viol complet que les garçons.

Les résultats ont été interprétés à la lumière de plusieurs facteurs qui peuvent contribuer aux différences observées :

1. Normes de genre et stigmatisation : Les normes de genre qui prévalent dans de nombreuses sociétés peuvent influencer la manière dont la maltraitance sexuelle est perçue et signalée. Les stéréotypes de genre peuvent contribuer à la sous-déclaration des cas de maltraitance sexuelle chez les garçons en raison de la stigmatisation associée à la victimisation masculine.
2. Risques accrus pour les filles : Les filles peuvent être exposées à des risques accrus de maltraitance sexuelle en raison de facteurs tels que la vulnérabilité physique, les dynamiques de pouvoir inégales dans les relations, et des pressions sociales et culturelles qui les rendent plus susceptibles d'être ciblées.

3. Sous-déclaration chez les garçons : Les garçons peuvent être moins susceptibles de signaler la maltraitance sexuelle en raison de la honte, de la peur de ne pas être cru, et des pressions sociales qui peuvent les dissuader de rechercher de l'aide.

Selon notre étude la tranche d'âge la plus exposé au agression est compris entre 10 et 15 ans cela correspond au période de l'adolescence (selon l'OMS cette période s'étend de 10 à 19 ans) une étude algérienne publié dans la revue de l'enfance et l'adolescence montre que cette tranche d'âge représente 61,1% parmi les cas étudiés. La tranche d'âge de 10 à 15 ans est souvent considérée comme une période de vulnérabilité accrue à la maltraitance sexuelle pour plusieurs raisons :

1. Développement physique et psychologique : Pendant cette période, les enfants entrent dans la puberté et commencent à développer des caractéristiques sexuelles secondaires. Cela peut attirer l'attention des agresseurs sexuels qui ciblent spécifiquement les enfants en pleine croissance et en recherche d'identité.
2. Curiosité sexuelle : Les enfants de cet âge commencent à explorer leur propre sexualité et peuvent être plus susceptibles de se retrouver dans des situations à risque.
3. Moindre supervision parentale : À mesure que les enfants grandissent, ils peuvent passer plus de temps loin de leurs parents, que ce soit à l'école, chez des amis ou sur Internet. Cela peut les exposer à des situations où ils sont plus vulnérables à la maltraitance sexuelle.
4. Influence des pairs : Les enfants de cet âge peuvent être influencés par leurs pairs et être incités à participer à des comportements sexuels inappropriés ou à garder le silence sur les abus qu'ils subissent.
5. Manipulation par les agresseurs : Les agresseurs sexuels ciblent souvent des enfants de cet âge en raison de leur vulnérabilité et de leur capacité à être manipulés plus facilement. Ils peuvent utiliser des tactiques de manipulation émotionnelle pour maintenir le silence des victimes.

12.Recommandations :

Bien qu'il ne s'agisse heureusement pas de la majorité, il convient d'attirer l'attention sur le fait qu'aujourd'hui, malgré les mesures législatives et réglementaires, certains enfants en Algérie restent encore exposés à des violations de leurs droits, notamment du fait d'une

Partie Pratique

croissance démographique forte, de pratiques éducatives et disciplinaires inadéquates, d'une instabilité aux frontières ou encore d'une pression migratoire significative.

Des efforts continus sont nécessaires pour aboutir à une concrétisation effective du droit de l'enfant à sa protection. Il convient également de préciser qu'il s'agit là d'un enjeu majeur, quand l'on sait que ces enfants constituent les générations à venir.

Au terme de notre étude nous citerons les recommandations suivantes :

- Recenser et rendre visible les violences contre les enfants : la persistance et l'augmentation de ces violences s'explique notamment du fait de leur invisibilité. Ce déni collectif est renforcé par l'absence des données statistiques.
- Promouvoir une éducation sans violence :
 - Communiquer auprès des nouveaux parents ; création de livret « première naissance » un sort de guide pour les parents délivrant des conseils pratique et éducative.
 - Multiplier les campagnes de communication contre les violences
 - Inciter l'entourage à dénoncer les maltraitances.
 - Développer des lieux ressources d'aide à la parentalité.
- Création d'unité d'accueil pédiatrique des enfants en danger au sein de CHU qui aura pour but : d'accueillir, écouter, soigner, et porter assistance aux enfants victime de violence.
- Formation du personnel médicale en matière de la conduit à tenir devant une situation de maltraitance.
- Homogénéiser les recommandations pour optimiser le diagnostic.
- Un modèle de questions devrait être établi pour guider les praticiens à repérer les situations de maltraitance infantile.

CONCLUSION GENERALE

Conclusion Générale

Tout au long de ce mémoire, nous avons déroulé notre réflexion afin de mettre en mots, exploiter et transmettre notre cheminement de pensée, nos interrogations ainsi que notre engagement dans le repérage de la maltraitance infantile. Notre conviction s'en trouve renforcée : il s'agit d'un enjeu majeur en termes de santé publique,

C'est un phénomène complexe et difficile à étudier. Les estimations actuelles varient considérablement selon les régions et selon la méthode de recherche utilisée.

Les enfants qui subissent la violence physique, psychologique ou sexuelle ou qui sont en danger en raison de méthodes d'éducation défavorable peuvent être repérés à un stade précoce par un groupement professionnels d'horizons divers. Durant la petite enfance (avant l'âge de 3ans) les pédiatres et les médecins traitants sont souvent les seuls professionnels à être en contact réguliers avec les enfants. C'est la raison pour laquelle la responsabilité de détecter des situations de mise en danger nous incombe.

La répercussion d'évènements stressants comme la maltraitance a un effet notable sur le développement neuronal, il est donc primordial de détecter de façon précoce des signes de maltraitance pour éviter les répercussions psychologiques à l'âge adulte.

Une meilleure connaissance de l'ampleur du problème est par ailleurs absolument nécessaire (fréquence de la maltraitance, causes et poids pour la société) pour mettre au point des politiques efficaces et rationnelles ; seule cette connaissance permet de dégager les fonds nécessaires et de créer des postes dans les disciplines appropriées. L'existence de chiffres fiables permet aussi de développer des indicateurs de suivi et d'évaluation des politiques. La formation des divers professionnels au contact des jeunes enfants doit être sensiblement renforcée et proposée à des publics pluri professionnels.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Références Bibliographiques

Ouvrages :

- Ulrich Lips, Markus Wopmann, Andreas Jud, Roxanne Falta 2020 Maltraitance infantile –Protection de l'enfance
- Médecine légale clinique "Eric baccino"
- Maltraitance chez l'enfant par Ed Lavoisier
- Revue science humaine Incidence et fréquence du phénomène
- de la maltraitance en Algérie (les sévices corporelle) par A kerbouche

Thèses :

- Mémoire de fin d'étude pour l'obtention de doctorat en médecine : Prise en charge de la maltraitance infantile dans l'Eure : état des lieux des connaissances et pratiques des médecins généralistes de l'Eure. Présenté par PINCAUT Morgane en février 2018

Articles :

- Wattel, I. (2020). Portrait des conséquences associées aux maltraitances infantiles intrafamiliales à partir d'une recension d'écrits scientifiques. Psycause : Revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval, 10(1), 28-44.
- Revue science humaine Incidence et fréquence du phénomène de la maltraitance en Algérie (les sévices corporelle) par A kerbouche
- Revue de l'enfance et l'adolescence
- National Survey of Children's Exposure to Violence - Natscev

Sites :

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2805974/>
- https://www.has-sante.fr/jcms/p_3116903/fr/maltraitance-chez-l-enfant-comment-la-reperer
- <https://medecinelegale.wordpress.com/2013/11/11/les-sevices-a-enfants/>
- <https://www.humanium.org/fr/algerie/>
- <https://www.aps.dz>
- <https://www.who.int>
- <https://kidprotect.fr/consequences-a-long-terme/?amp=1>
- <https://www.village-justice.com/articles/index.php>

Sources juridiques :

- Code pénale algérien 2020 ; La Convention internationale des droits de l'enfant.