e-Algerian Journal Health &Reaserch

Disponible en ligne sur : ASJP

e-AJHR

https://asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/968



Article original

Aspects médico-légaux des violences physiques à l'égard des enfants : Une étude prospective de 159 cas pris en charge dans le service de médecine légale du CHU de Béni Messous -Alger.

Medico-legal aspects of physical violence against children: A prospective study of 159 cases treated in the forensic medicine department of the Béni Messous University Hospital, Algiers.

S. Haroual[a,b] , N. Sellami [a,b], K. Tahraoui [a,b], O. Kaci [a,b] ,H. Benbetka [a,b], A. Merzougui[b] ,R. Snouber[c]

[a] Université des sciences de la santé d'Alger- Youcef El Khatib -Algérie-
[b] Service de médecine légale CHU Lamine Débaghine de Bab El Oued -Alger-
[c] Unité de consultation de psychologie du service de médecine légale de Béni Messous- Alger

Auteur correspondant : **S. HAROUAL**

Adresse e-mail : haroualsofiane@gmail.com

Résumé

L'organisation mondiale de la santé (OMS) distingue la violence physique à l'encontre d'un enfant : « usage intentionnel de la force physique qui entraîne et/ou risque fortement d'entraîner un préjudice réel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité. Cela comprend les actes qui consistent à frapper, battre, donner des coups de pieds, secouer, mordre, étrangler, infliger des brûlures de toutes sortes, empoisonner et faire suffoquer. »

De toutes les violences, les violences envers les enfants sont certainement les plus cachées, elles entraînent un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité.La présente étude a comme objectif principal de dresser le profil sociodémographique et médico-légal des enfants victimes de maltraitances physiques pris en charge dans l'unité d'exploration médico-judiciaire du service de médecine légale du CHU béni Messous.

Matériels et Méthode : Il s'agit d'une étude transversale, descriptive, avec collecte prospective des informations portant sur tous les cas de maltraitance physique présumés commis à l'encontre des enfants, réalisée au sein de l'unité d'exploration médico-judiciaire du service de médecine légale du CHU Béni Messous d'Alger, durant la période allant du 01er Mars 2019 au 30 Novembre 2022, soit 45 mois.

Résultats : La fréquence des violences physiques à l'égard des enfants dans notre pratique hospitalière représente 1,08%, elle représente aussi 6,7% de tous les coups et blessures volontaire, et 38,7% de la consultation infantile, la moyenne d'âge est de 8.67±4.01 ans allant de 1 à 17 ans dont 43.3% des victimes sont âgés entre 5 et 10 ans, 73.3% sont des garçons, un sexe ratio de 2.75 garçons pour 1 fille., la majorité de nos victimes sont scolarisées, l'auteur des sévices est le père dans la majorité des cas, la majorité des victimes présentent des associations lésionnelles (des ecchymoses, et des plaies ainsi que des contusions), le siège des lésions est prédominant dans les parties découvertes du corps tel que la face. Toutes les victimes présentent des problèmes réactionnels avec prédominance de l'anxiété et des difficultés scolaires.

Mots clés : Maltraitances infantiles, violences physiques, problèmes réactionnels de l'enfant, problèmes de santé publique.

Abstract:

The World Health Organisation (WHO) defines physical violence against a child as "the intentional use of physical force that results in, and/or has a high likelihood of resulting in, actual harm to the child's health, survival, development or dignity. This includes hitting, beating, kicking, shaking, biting, strangling, inflicting burns of any kind, poisoning and suffocation."

Of all forms of violence, violence against children is certainly the most hidden, causing real or potential harm to a child's health, survival, development or dignity.

The main objective of this study is to draw up the sociodemographic and medico-legal profile of children who are victims of physical abuse and are being treated in the medico-legal exploration unit of the forensic medicine department of the Beni Messous University Hospital.

Materials and Methods: This is a cross-sectional, descriptive study, with prospective collection of information on all cases of alleged physical abuse committed against children, carried out within the medico-legal exploration unit of the forensic medicine department of the Béni Messous University Hospital in Algiers, during the period from 01 March 2019 to 30 November 2022, that is to say 45 months.

Results: The frequency of physical violence against children in our hospital practice represents 1.08%, it also represents 6.7% of all intentional assaults and injuries, and 38.7% of child consultations. The average age is 8.67±4.01 years, ranging from 1 to 17 years, with 43.3% of victims aged between 5 and 10 years, 73.3% are boys, with a sex ratio of 2.75 boys to 1 girl, The majority of our victims are in school, the perpetrator of the abuse is the father in the majority of cases, the majority of victims present lesion associations (bruises, wounds and contusions), the location of the lesions is predominantly in the exposed parts of the body such as the face. All the victims presented reaction problems, with anxiety and difficulties at school predominating.

Keywords: Child abuse, physical violence, child reaction problems, public health problems.

INTRODUCTION

la maltraitance, ou les mauvais traitements ou autrement appelés sévices envers les enfants, fait référence à toute forme de violence, d'abus ou de négligence commise par des adultes envers des mineurs.

Les principaux types de maltraitance sont ; la violence physique, l'agression sexuelle, la négligence et la violence psychologique.

Selon l'article 2 de la loi relative à la protection de l'enfant en Algérie [1], un enfant en danger correspond à l'enfant dont la santé, la moralité, l'éducation ou la sécurité sont en danger ou susceptibles de l'être ou dont les conditions de vie ou le comportement sont susceptibles de l'exposer à un danger éventuel ou compromettant son avenir, ou dont l'environnement expose son bien-être physique, psychologique ou éducatif au danger.

Selon l'OMS, « la maltraitance de l'enfant s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. » [2].

L'OMS distingue aussi la violence physique à l'encontre d'un enfant comme : « l'usage intentionnel de la force physique qui entraîne et/ou risque fortement d'entraîner un préjudice réel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité. Cela comprend les actes qui consistent à frapper, battre, donner des coups de pieds, secouer, mordre, étrangler, infliger des brûlures de toutes sortes, empoisonner et faire suffoquer. » [2].

Les définitions de la violence physique sont établies en fonction de la culture ; ce qui est jugé violent dans une société ne l'est pas nécessairement dans une autre et relativement récente, la notion de cooccurrence[1], ou de violences multiples, provient du constat à l'effet que les enfants sont rarement victimes d'une seule forme de mauvais traitement dans la famille [3,4,5], et qu'il existe des liens étroits entre la violence parentale et la violence conjugale [6,7].

De toutes les violences, celles envers les enfants sont certainement les plus cachées, la loi du silence y règne en maître [8,9].

Peu importe le type de violence infligée à un enfant, elle peut avoir des répercussions physiques et psychologiques importantes pour le reste de la vie.

Dans ce travail sont étudiées les violences physiques commises sur les enfants, qui constituent actuellement un véritable problème de santé publique, dont l'estimation reste toujours mal évaluée dans notre pays et même à l'échelle mondiale [10].

[1] La cooccurrence désigne la présence simultanée de deux ou plusieurs éléments (par exemple, des mots) dans un même texte ou énoncé. C'est un concept clé en linguistique. Dans le cadre de la violence infantile, la cooccurrence désigne la présence simultanée d'au moins deux formes de violence, ou de deux types de violence, vécues par le même enfant au cours d'une période donnée. Elle peut inclure des violences physiques, sexuelles, psychologiques, ou la négligence, et est souvent liée à la violence conjugale, augmentant la gravité des impacts à court et long terme pour l'enfant.

EISSN : 2992-1686

L'objectif principal de ce travail est de dresser le profil sociodémographique des enfants victimes de maltraitances physiques pris en charge dans l'unité d'exploration médico-judiciaire du service de médecine légale du CHU béni Messous durant la période allant du 1er Mars 2019 au 30 Novembre 2022, soit 45 mois.

MATERIELS ET METHODES :

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive, avec collecte prospective des informations portant sur tous les cas de maltraitances physiques présumées commises à l'encontre des enfants, réalisée au sein de l'unité d'exploration médico-judiciaire du service de médecine légale du CHU Béni Messous d'Alger, durant la période allant du 01er Mars 2019 au 30 Novembre 2022, soit 45 mois.

La taille de l'échantillon est de 159 cas.

La conception des questions et des items utilisés dans cette enquête transversale a été établie grâce aux données de la littérature et des études d'une part, et notre expérience professionnelle d'autre part.

Dans le cadre de la prise en charge de nos victimes et pour évaluer l'impact psychique, la consultation psychologique est systématique et indispensable, bien sûr avec le consentement du tuteur légal de l'enfant, un examen psychologique se déroule en plusieurs étapes : une anamnèse (recueil de l'historique du patient), des entretiens cliniques (l'enfant peut décrire son vécu et les difficultés qu'il rencontre), la passation d'une batterie de tests standardisés (Ces tests peuvent inclure des épreuves d'intelligence, comme le WISC[2] ou le WPPSI[3] pour évaluer les capacités cognitives, ou des tests de personnalité comme le Rorschach[4] pour explorer le fonctionnement psychologique) et cela pour évaluer le fonctionnement cognitif, affectif ou la personnalité, l'analyse qualitative et quantitative des résultats et enfin, la rédaction d'un rapport d'analyse détaillant les conclusions.

RESULTATS :

La fréquence des violences physiques à l'égard des enfants dans notre pratique hospitalière représente 1,08% (Figure 01), elle représente aussi 6,7% de tous les coups et blessures volontaires (CBV) (Figure 01), et 38,7% de la consultation infantile (Figure 01).

[2] Le WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children), ou Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants, est un test psychologique utilisé par les psychologues pour évaluer le quotient intellectuel (QI) et le profil cognitif des enfants et adolescents âgés de 6 à 17 ans. Le test mesure différentes aptitudes cognitives telles que la compréhension verbale, le raisonnement fluide, les aptitudes visuospatiales, la mémoire de travail et la vitesse de traitement, afin d'identifier les forces et les faiblesses cognitives d'un enfant et de contribuer au diagnostic de troubles des apprentissages ou d'autres difficulté.

[3] Le WPPSI (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence) est une échelle d'intelligence standardisée conçue par David Wechsler pour évaluer le fonctionnement intellectuel et cognitif des jeunes enfants, généralement âgés de 2 ans et demi à 7 ans et 7 mois. Il permet de mesurer différents aspects de l'intelligence, tels que la compréhension verbale, les capacités visuo-spatiales, la mémoire de travail et la vitesse de traitement, afin d'obtenir une estimation du quotient intellectuel (QI) et d'identifier les points forts et les points faibles de l'enfant.

[4] Le test de Rorschach est un test psychologique projectif, élaboré par Hermann Rorschach en 1921, qui utilise des planches contenant des taches d'encre symétriques et ambigües pour évaluer la personnalité d'une personne.

EISSN : 2992-1686

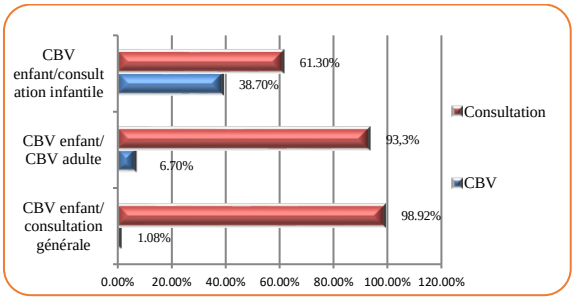


Figure 01: Répartition des victimes de maltraitance physique selon la consultation.

Presque deux tiers de nos patients (60,4%) étaient âgés entre 5 et 14 ans (Figure 02), à signaler aussi que 16,7% des victimes étaient des enfants de moins de 5 ans.
La majorité masculine de notre effectif (73%) (Figure 02), et la prédominance des enfants âgés entre 5 et 14 ans (Figure 02), font que les garçons adolescents restent les victimes les plus rencontrées et les plus violentées.

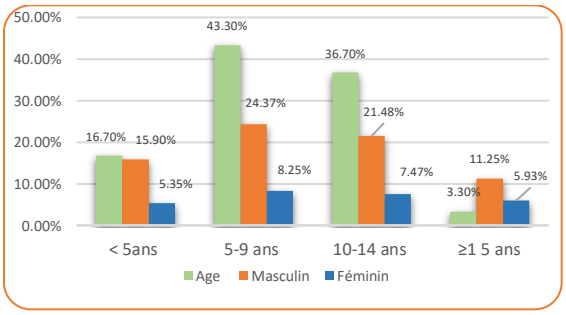


Figure 02: Répartition des victimes de violence physique selon l'âge et le sexe.

La majorité de nos victimes étaient scolarisées (soit 80,2%) (Figure 03) et l'absence de scolarité qui représente 19,8% était en rapport avec les cas d'enfants qui n'ont pas encore atteint l'âge de scolarité.

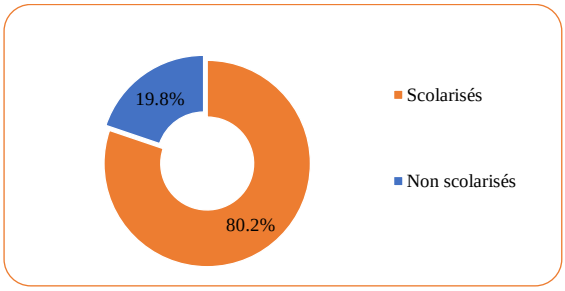


Figure 03: Répartition des victimes de violence physique selon la scolarisation de l'enfant.

Ces violences physiques se sont déroulées au domicile familial (46,7%), à l'école (30%) (Figure 04), généralement en après-midi, ou en début de soirée (69%) (Figure 05).

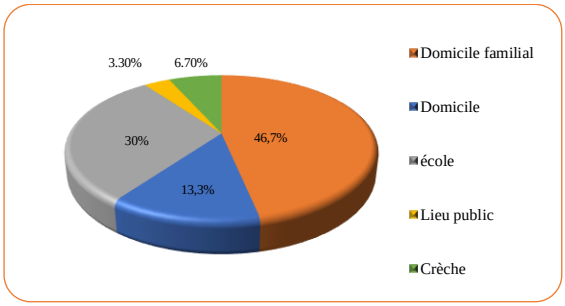


Figure 04: Répartition des victimes de maltraitance physique selon le lieu des violences.

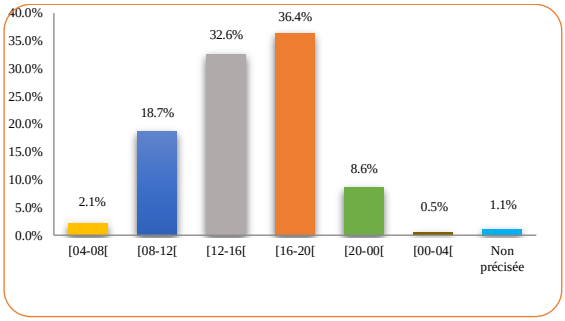


Figure 05: Répartition des victimes de maltraitance physique selon l'horaire des violences.

Les violences ont été commises par la première figure parentale dans 63.3% des cas (Figure 06), dont 75% des cas était le père, mais dans 10% l'auteur était autre que le père, représenté par l'enseignant ou l'enseignante.

EISSN : 2992-1686

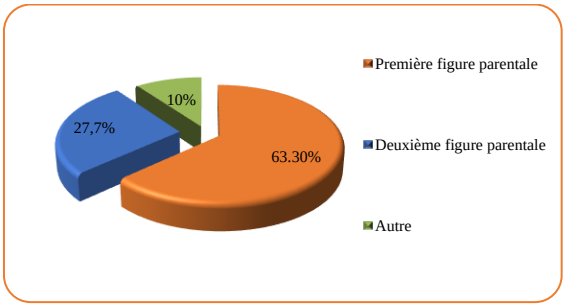


Figure 06: Répartition des victimes de maltraitance physique selon l'auteur des violences.

La majorité des victimes avaient présenté des ecchymoses (80%), et des égratignures (70%), ainsi que des hématomes (40%) (Figure 07).

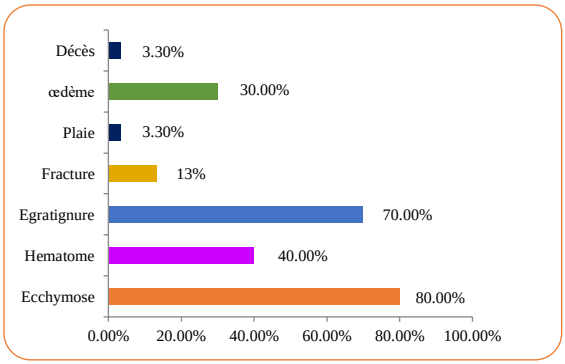


Figure 07: Répartition des victimes de maltraitance physique selon le type des lésions.

Le siège des lésions était prédominant surtout dans les zones de défense tel que les membres supérieurs dans 70% des cas et les parties découvertes du corps tel que le visage dans 60% des cas, ainsi que les fesses, les cuisses et le dos (Figure 08). (Photo I et Photo II)

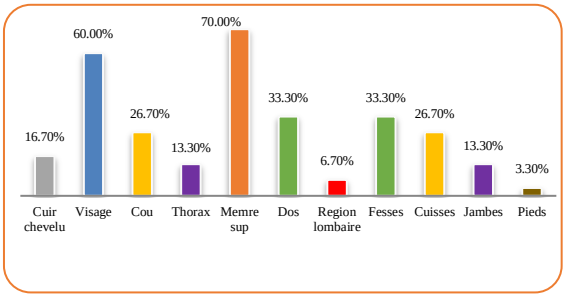


Figure 08: Répartition des victimes de maltraitance physique selon le siège des lésions.



Photo I : Hématome chez un adolescent âgé de 15 ans. Hématome rouge du sommet de l'épaule gauche par appui d'une chaussure alors que le patient était à terre. (Service Med. Lég CHU Béni Messous)



Photo II : Ecchymose de forme évocatrice chez un adolescent âgé de 16 ans. Ecchymose reproduisant le dessin de la main de l'auteur à la face antérieure de la cuisse droite. (Service Med. Lég CHU Béni Messous)

L'agent vulnérant ou le moyen de violence physique le plus utilisé était les mains (Pousser, secouer et projeter) (Figure 09), on note aussi l'utilisation d'objets contondants dans 26,7% des cas, ainsi que l'association d'agent vulnérant.

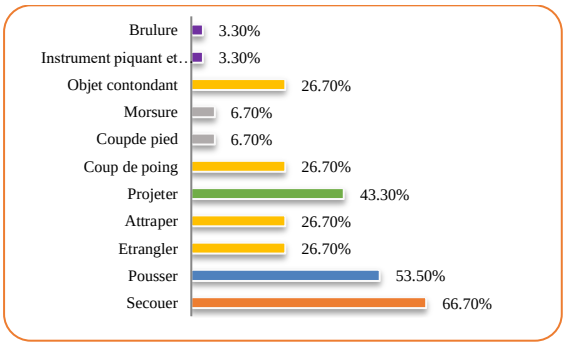


Figure 09: Répartition des victimes de maltraitance physique selon l'agent vulnérant.

La majorité des victimes de notre échantillon avaient consulté dans la première semaine qui suit l'agression (73,3%) (Figure 10), qui avaient bénéficié

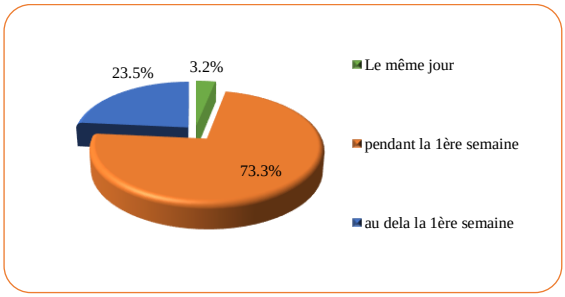


Figure 10: Répartition des victimes de maltraitance physique selon le délai entre violences et consultation.

EISSN : 2992-1686

dans 91% des cas d'une incapacité totale de travail pénale qui varie entre 03 et 15 jours (Figure 11).

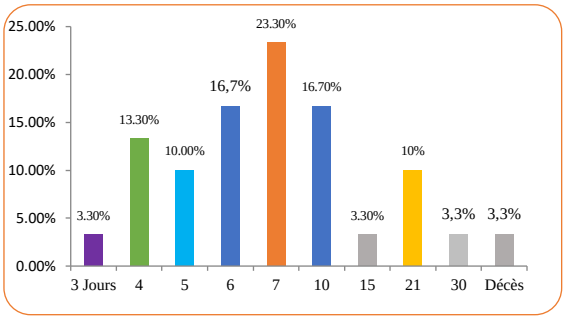


Figure 11: Répartition des victimes de maltraitance physique selon l'incapacité totale de travail (ITT).

A signaler qu'on a eu un cas de décès suite à des coups et blessures volontaires graves.
Les données de l'examen psychologique des victimes nous a permis d'observer que 88,1% des cas avaient présenté un ou plusieurs troubles psychologiques polymorphes (Figure 12),

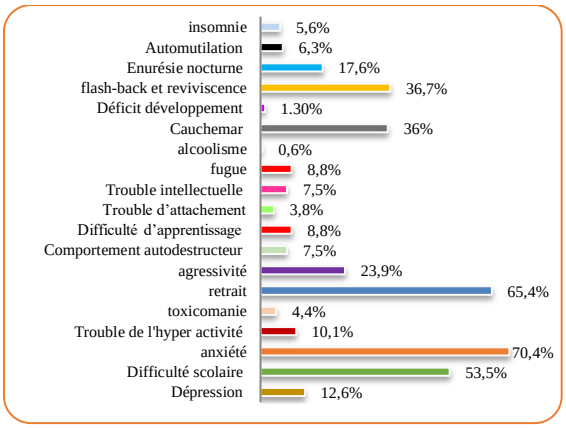


Figure 12: Répartition des victimes de maltraitance physique selon les problèmes réactionnels de l'enfant.

dont les plus fréquents étaient l'anxiété dans 70,4% des cas, le retrait dans 65,4% des cas, qui rentre dans le cadre d'un état de stress post traumatique (post-traumatic stress disorder) (PTSD).

DISCUSSION :

Limites de l'étude :

Cette étude de recherche s'est basée sur le recueil des données concernant les cas des maltraitances à l'encontre des enfants vus et pris en charge au niveau de l'unité d'exploration médico-judiciaire du CHU de Béni Messous ; la taille de notre échantillon est réduite par rapport aux études transversales menées auprès de la population générale.
Ces limites ne nous permettent pas d'extrapoler nos résultats à la population générale, mais les hypothèses dégagées des analyses des données de cette étude doivent être considérées comme préliminaires et demeurent invérifiables au-delà de ce qui ressort des données transmises par les autorités judiciaires.
Le recueil des données a été réalisé par des médecins différents. Il est donc possible que certains items du questionnaire n'aient pas pu avoir la même signification notamment en ce qui concerne les circonstances des maltraitances.
Durant la période d'étude, nous avons pris en charge 159 enfants victimes de maltraitance sur un nombre total de 483 consultations infantiles ; ceci représente environ 38,7% de l'ensemble des consultations infantiles médico-légales de l'unité d'exploration médico-judiciaire.
C'est une fréquence considérable dans notre pratique hospitalière et qui est comparable aux résultats de l'étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants [11] (36%) et

EISSN : 2992-1686

rejoint aussi les chiffres rapportés par l'étude marocaine réalisée par B. Jellab à Marrakech en 2007 qui explique que durant 7 années d'études, 65% des enfants admis au centre d'écoute sont maltraités et 35% sont considérés à risque [12].
Par contre dans l'étude réalisée par X. Benarous en 2014, une situation de maltraitance est retrouvée chez 1,5 à 5% des enfants selon les agences de protection de l'enfance en Angleterre et aux États-Unis [13].
Durant notre étude nous avons constaté que souvent dans l'entourage de femmes battues dans le cadre des violences conjugales, nous découvrons un enfant maltraité et inversement.
Les chiffres de notre étude ne reflètent aucunement la prévalence réelle des enfants maltraités à l'échelle nationale en raison du phénomène d'échappement secondaire au caractère insidieux de ce phénomène et aussi à l'insuffisance d'information et d'expérience des personnels de la santé et l'inadaptation des structures d'accueil des mères et enfants.

L'âge moyen de nos victimes de maltraitance était de 9.34 ± 3.88 ans, avec des extrêmes allant de 1 an à 17 ans, dont 43.3% des patients étaient âgés entre 5 et 9 ans, ce qui s'aligne avec l'étude de B. Jellab montrant que l'âge moyen des enfants est de 11 ans, avec des extrêmes d'un mois à 18 ans, et la tranche d'âge la plus touchée est celle des 6-12 ans, représentant 42.5% de l'ensemble des enfants maltraités [12].

Ceci nous renseigne parfaitement sur l'étude de L. Leguay de 2013 révélant que l'âge moyen au moment de la consultation est de 9 ans et 7 mois, avec une moyenne de 8 ans et 2 mois pour les garçons et 10 ans et 3 mois pour les filles, la médiane est de 9 ans et 11 mois [14].
L'immaturité (physique, psychologique, affective, intellectuelle, etc.) associée au jeune âge est l'un des déterminants de la maltraitance perpétrée par les adultes sur les enfants.
En effet, les enfants sont dépendants des adultes à qui ils accordent généralement leur confiance, présentent une attitude de docilité face à l'autorité, et manquent de la force physique qui leur permettrait de repousser l'agresseur.
Ceci nous amène à dire que la maltraitance infantile peut être dépistée et diagnostiquée à tout âge de l'enfant.

La présente étude a révélé une prédominance masculine dans la population étudiée (73%) soit un sex-ratio de 2.75 garçons pour une fille. Dans l'étude de X. Benarous en 2014 [13], il est retrouvé que dans les pays à hauts revenus, le sex-ratio est généralement égal à 1, sauf pour les abus sexuels plus fréquents chez les filles, par contre, dans les pays à faibles revenus, on retrouve plus fréquemment l'infanticide et la négligence grave chez les filles, alors que les garçons sont plus à risque de subir des châtiments corporels [15]. Dans l'étude de B. Jellab en 2007 [12] montre que le sexe féminin prédomine et rejoint l'étude française de L. Leguay en 2013 [14].
Dans l'étude de A. Labeys en 2017, sur 200 enfants victimes de maltraitance, quatre sur dix sont des filles [16].
La prédominance du sexe masculin dans notre étude est due à la prédominance des violences physiques par rapport aux autres formes de maltraitance où les garçons sont plus violemment touchés que les filles.

EISSN : 2992-1686

Dans la plupart des pays, les filles sont plus à risque que les garçons d'être victimes d'agressions sexuelles et d'être forcées à la prostitution.

La majorité de nos victimes étaient scolarisées (soit 80,2%) et presque la moitié des victimes avaient un niveau scolaire primaire, ce qu'on retrouve dans l'étude de B. Jellab en 2007 [12] et de A. Labeys en 2017 ; la moitié des enfants victimes suivait une scolarité normale sans retard [16].

Ainsi le milieu scolaire mérite d'être analysé de près en ce qui concerne les maltraitances infantiles intra scolaires.

Le fait que l'enfant quitte le domicile pour rejoindre l'école ne le mets pas à l'abri des différentes formes de maltraitances que ce soit dans la rue ou même dans l'école sans autant banaliser le milieu intrafamilial dans la survenue des maltraitances infantiles.

Dans cette étude, le lieu de la maltraitance était dominé par le domicile familial (46.7%), généralement en après-midi, ou en début de soirée (69%) et plus de la moitié des auteurs présumés de violences envers les enfants étaient des membres de la famille. De plus, 63.3% des maltraitances étaient commises par la figure parentale principale, dont la majorité de ces cas étaient le père, qui s'inscrit dans le cadre de la violence intrafamiliale retrouvée dans diverses études, notamment celles de B. Jellab (40% foyer familial) [12] et de X. Benarous [13] (dans tous les cas d'homicides relevés dans notre étude, l'auteur était l'un des deux parents), et même dans l'étude canadienne sur l'incidence des signalements de violence et de négligence envers les enfants [11] (les victimes ont désigné un membre de la famille comme auteur des violences dans 53,7% des affaires totales, 84,8% des violences physiques répétées. Dans les affaires de syndrome du bébé secoué, l'auteur des faits était majoritairement inconnu 54,2%, ce qui veut dire qu'il n'a pas été identifié par l'enquête. Dans les cas où il était connu, il s'agissait de l'un ou des deux parents).

Ce sont souvent des parents qui ont une mauvaise image d'eux-mêmes, qui ont souffert dans leur enfance de multiples carences affectives et éducatives et une expérience de maltraitance répétée [17].

Nous n'avons pas retrouvé de spécificité particulière de l'agresseur concernant le lieu et l'horaire de la maltraitance dans la littérature ; souvent, ces maltraitances se déroulent au sein du milieu familial [18].

Dans notre série d'étude, et conformément aux données de la littérature internationale on note que 66.7% des victimes étaient secouées et 53.3% poussées, les blessures étaient très diverses tant dans leur aspect que dans leur gravité.

On a retrouvé les ecchymoses (80%), les écorchures et égratignures (70%), les œdèmes (30%), les fractures (13%) et les plaies (3.3%), on déplore un décès, la région la plus touché était le membre supérieur dans 70% des cas suivi du visage dans 60% des cas.

Cela correspond aux chiffres de l'étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants [11] qui révèle que les sévices physiques sont principalement des ecchymoses, des coupures et des écorchures (60%) et d'autres troubles (20 %), moins de 10% des sévices physiques sont liés à des traumatismes crâniens, à des brûlures ou à des fractures et nos chiffres correspondent

EISSN : 2992-1686

aussi à l'étude de X. Benarous [13] et même à l'étude de B. Jellab [12] qui révèle que les lésions cutanéo-muqueuses sont les plus fréquentes avec un taux de 74,9% avec prédominance des contusions ouvertes (38,6%)

On a remarqué que dans l'étude de B. Jellab [12] deux cas de décès : une bonne de 16 ans connue victime de violences par son patron, les causes et les circonstances de son décès sont indéterminées, une autopsie est demandée par sa mère. Le deuxième cas de décès est un nouveau-né de deux mois qui s'est fait noyé par sa mère.

Quant à l'instrument contondant utilisé dans les violences physiques ; on a retrouvé une panoplie d'objets qui sert à violenter l'enfant (ceinture, câble d'électricité, bâton en bois et bâton en fer etc.…) mais ça reste que les mains et les pieds sont les instruments contondants de référence pour l'auteur.

Si l'on considère l'ecchymose et les plaies superficielles comme étant non seulement des preuves médico-légales des violences corporelles, mais aussi comme des lésions bénignes, on peut dire que l'enfant subit souvent des châtiments corporels dans les limites imposées par la prudence mais faisant toujours mal à un enfant.

En dépit de la fréquence des violences légères, une seule violence grave peut entrainer des séquelles et parfois la mort.

Les ecchymoses et les hématomes, sont à l'origine de l'appellation « syndrome de l'enfant battu » [19], Il s'agit de la représentation la plus populaire de la maltraitance.

Les lésions tégumentaires étaient variées et peuvent toucher tous les sites du revêtement cutané. Elles étaient présentes chez plus de 90 % des enfants victimes de mauvais traitements [20].

Si les lésions sévères sont en règle générale identifiées, les ecchymoses minimes sont souvent banalisées, car peu douloureuses, entraînant peu de gêne fonctionnelle et de régression rapide, parfois en quelques jours.

Elles constituent pourtant un excellent marqueur de maltraitance, et la présence de la moindre ecchymose sur le corps d'un jeune enfant ne se déplaçant pas doit faire pratiquer une évaluation complète [21].

En pratique, il n'est pas rare de constater chez les enfants victimes de formes graves de mauvais traitements, comme le syndrome dit « du bébé secoué », des antécédents d'ecchymoses pour lesquelles une explication accidentelle peu vraisemblable a été trop facilement admise.

A l'issue de l'examen médico-légale des victimes des violences physiques, la détermination de l'incapacité totale de travail (ITT) est régulièrement demandée au médecin légiste rédacteur d'un certificat médical sur réquisition ou à la demande de tuteur légal de l'enfant. Dans notre série d'étude l'incapacité totale de travail (ITT) était inférieure ou égale à 15 jours dans 91% des cas et que la majorité des victimes de notre échantillon consultaient dans la première semaine qui suit l'agression (73,3%) témoignant de la variation du degré de la sévérité des lésions retrouvées à l'examen corporel. A signaler qu'on a eu un cas de décès suite à des coups et blessures volontaires graves.

A signaler aussi que 3,7% de nos victimes ne présentaient aucune lésion, ceci pourrait s'expliquer soit par le retard de consultation après l'agression 23,5%, soit

EISSN : 2992-1686

par des violences qui ne laissent aucune trace, et qui pose un problème médico-légal de l'interprétation de ces violences.

L'ITT correspond à la durée, exprimée en jours, pendant laquelle une victime de violences est dans l'incapacité de se livrer à tout ou partie de ses activités usuelles quotidiennes : se déplacer, se nourrir, se laver, s'habiller, etc. Contrairement à sa dénomination, l'ITT est sans rapport avec l'activité professionnelle et tous les mineurs victimes, quel que soit leur âge, peuvent se la voir attribuer.

L'ITT vise à traduire pour le magistrat, de façon quantitative, l'altération d'autonomie de la victime dans les suites immédiates d'une agression ou d'un accident. La durée d'ITT joue donc un rôle déterminant dans l'orientation de la procédure, par le choix de la qualification des infractions et donc de la nature des poursuites.
Dans le cadre de l'évaluation psychologique ; le tableau clinique et la symptomatologie de nos victimes étaient variés, incluant principalement l'anxiété (56,7%), le retrait (50%), la difficulté scolaire (33,3%), les Cauchemars (26,7%), flash-back et reviviscence (33,3%) et agressivité (20%) ce qui correspond aux données de la littérature et notamment à l'étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants [11] (difficulté scolaire 23%, reviviscence 18,6 et agressivité 36,2%). Nos chiffres correspondent aussi aux chiffres de l'étude de B. Jellab [12] et de X. Benarous [13].
Ces troubles psychologiques reflètent un état de stress post-traumatique (post-traumatic stress disorder) (PTSD) et c'est pour cette raison qu'il est nécessaire d'examiner systématiquement les conséquences des mauvais traitements infligés aux enfants.

Ce qui importe le plus n'est pas la blessure physique mais le message qu'elle convoie, sa signification sous- jacente. La maltraitance physique a des effets psychologiques néfastes qui perdurent bien au-delà de la guérison des blessures corporelles, si l'on excepte les cas de maltraitance physique grave entraînant par exemple des lésions neurologiques sévères.
L'effet délétère de la maltraitance, voire les ravages psychologiques qui en sont issus, ne sont pas toujours immédiatement visibles. Ils font leur apparition au cours du développement de l'enfant et s'étendent parfois sur de nombreuses années après que les actes et les interactions maltraitantes se sont produits.
L'état de stress post-traumatique comprend un syndrome de remémoration ou de reviviscence, un syndrome phobique, un émoussement de la réactivité générale et un état d'alerte avec une hyper activation neurovégétative, encore présents plus d'un mois après l'évènement.

CONCLUSION

La violence n'est pas inévitable ; elle ne devrait jamais être banalisée, et rien ne devrait la justifier ; sa fréquence dans notre pratique hospitalière ne reflète aucunement la réalité ; de nombreux enfants subissent des actes de violence chez eux.
Il faut savoir que la violence physique envers les enfants est fréquente mais reste toujours sous-estimée et sous-évaluée, Elle représente un phénomène complexe, divers avec évolutivité importante. Elle résulte de

EISSN : 2992-1686

l'interaction d'un ensemble de facteurs d'ordre individuel, environnemental et social.
La victime est un adolescent de sexe masculin, scolarisé, violenté au domicile familial par le père, présente des lésions multiples et variables qui consulte généralement dans la première semaine qui suit la violence.
Le premier devoir de tout médecin est de protéger l'enfant.
Des indications d'hospitalisation larges devant tout enfant maltraité ou susceptible de l'être, lorsqu'il s'agit d'un nourrisson, l'hospitalisation est la règle absolue, pour éviter le risque de décès en cas de réitération des violences.
Lorsqu'on est amené à intervenir dans une situation d'enfant présentant des difficultés au niveau psychologique, comportemental, cognitif, social, relationnel, auprès d'une famille qui présente des difficultés ou nécessite un soutien à la parentalité, ou encore lorsqu'on est face à un enfant maltraité, une famille maltraitante, il est important :

- D'envisager l'hypothèse qu'il existe de la violence conjugale et, parmi d'autres possibilités.
- D'adapter ses interventions à cette hypothèse.

Il faut signaler aussi qu'un suivi psychologique prolongé et continue est indispensable, sans oublier le rôle du médecin légiste qui consiste à encourager la victime (ou les membres de sa famille ou son tuteur) à se faire suivre par les spécialistes compétents et d'indiquer l'existence et le rôle des associations spécialisées dans l'aide aux victimes qui peuvent apporter une aide juridique, psychologique et sociale. L'accompagnement ne s'arrête pas au dépôt de plainte, il peut durer des mois, voire des années.
Enfin la création d'une unité spécialisée de prise en charge des enfants maltraités avec un personnel adapté et expérimenté est cruciale et indispensable.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE :

[1]- Loi n° 15-12 du 28 Ramadhan 1436 correspondant au 15 juillet 2015 relative à la protection de l'enfant. Journal officiel de la république algérienne n° 39. 19 juillet 2015.

[2]- Butchart A, Phinney Harvey A, Mian M, Fürniss T. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données, OMS et International society for prevention of child abuse and neglect (IPSCAN), Genève 2006 **:** 112 p.

[3]- Higgins D. J., McCabe M. P. ≪ Multiple forms of child abuse and neglect: adult retrospective reports≫. *Aggress. Violent Behav.* [En ligne]. Novembre 2001. Vol. 6, n°6, p. 547 -578.

[4]- Hornor G. Medical evaluation for child physical abuse: what the PNP needs to know. J Pediatr Health Care. 2012,26 :163-70.

[5]- Lasek- Duriez A, Leaute- Labreze C. Signes cutanés des sévices à enfants, à l'exclusion des sévices sexuels. Ann Dermatol. 2008,136:838-44.

[6]- Brunton R. J., Dryer R ≪ Facteurs de risque de violence conjugale : une approche fondée sur le modèle de stress de vulnérabilité et d'adaptation≫. Journal de la violence interpersonnelle. [En ligne]. Février 202439(15-16):3738-3763.

[7]- Finkelhor D., Ormrod R. K., Turner H. A.≪ Polyvictimization: a neglected component

EISSN : 2992-1686

in child victimization≫. *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Janvier 2007. Vol. 31, n°1, p. 7‑26.

[8]- Labbe J, Caouette G. Recent skin injuries in normal children. Pediatrics. 2001,108 :271-6.

[9]- Laurent- Vannier A. Syndrome du bébé secoué, quoi de nouveau sur le diagnostic de secouement, le mécanisme en jeu et l'aspect judiciaire. Arch Ped. 2012,19 :231-4.

[10]- Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, et al. The battered child syndrome. JAMA. 1962,181:17-24.

[11]- Agence de la santé publique du Canada. Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2008 : Données principales. Ottawa, 2010.

[12]- B. JELLAB « Les enfants victimes de maltraitance à Marrakech » thèse présentée et soutenue publiquement le en 2007 pour l'obtention du doctorat en médecine.

[13]- Benarous X, et al Consoli « Abus, maltraitance et négligence : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux ». Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence (2014).

[14]- L. LEGUAY « Mineurs victimes de violences : éléments médico-légaux et suites judiciaires – analyse de 682 dossiers (2006-2011) » Thèse pour le doctorat en médecine (2013).

[15]- Chadwick DL. A witnessed short fall mimicking presumed shaken baby syndrome (inflicted childhood neurotrauma). Pediatr Neurosurg. 2008,44 :517.

[16]- A. LABEYS « approche dimensionnelle des symptômes psychiques impactant le développement d'enfants victimes de maltraitance physique : implication en pratique courante au cabinet de médecine générale » thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine (2018).

[17]- Palacio-Quintin, E., Jourdan-Ionescu, C. & Martineau, G. (à paraître). Évaluation du réseau social de l'enfant préscolaire et de ses parents chez les familles à risque. Dans M. Corbillon (Ed.) Actes du 6ème congrès de l'EUSARF (2009) : Suppléance familiale : nouvelles approches, nouvelles pratiques.

[18] - Daligand L, Jaby P. Traumatismes orofaciaux dans les mauvais traitements à enfants. Aspects cliniques et médicolégaux. Encycl Med Chir (Elsevier SAS, Paris), Odontologie, 2016 ;11(5) :1-8 [Article 28-994-C-10].

[19] - Pierce MC, Kaczor K, Alridge S, et al. Caractéristiques des ecchymoses permettant de distinguer la maltraitance physique d'un enfant d'un traumatisme accidentel. Pediatrics. 2010,125 :67-74.

[20] - Haute Autorité de santé. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences. Texte des recommandations ; 2011.

[21] - Pierce KC, Kaczor K, Lorenz DL, et al. Validation d'une règle de décision clinique pour prédire la maltraitance chez les jeunes enfants en fonction des caractéristiques des ecchymoses. JAMA Netw Open.2021 ;4(4) : e215832.

EISSN : 2992-1686