



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2023

Thèse N° 024

Les aspects médico-légaux de la violence à l'égard des enfants

THESE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 28/02/2023

PAR

Mlle. Meriem LABRAIMI

Née le 23 mai 1997 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES

Agression sexuelle - Maltraitements - Sévices à enfants

Violence sur mineur - Violence physique

JURY

Mr. **M. BOURROUS**

Professeur en Pédiatrie

PRESIDENT

Mr. **A.DAMI**

Professeur en Médecine légale

RAPPORTEUR

Mme. **A. BOURRAHOUE**

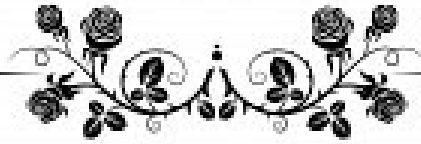
Professeur en Pédiatrie

Mr. **E.M. AGHOUTANE**

Professeur en Chirurgie pédiatrique

} JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



وَقُلْ رَبِّ
أَدْخِلْنِيْ مُدْخَلَ صِدْقٍ
وَأَخْرِجْنِيْ مَخْرَجَ صِدْقٍ
وَأَجْعَلْ لِيْ مِنْ لَّدُنْكَ سُلْطٰنًا نَّصِيْرًا

سورة الإسراء الآية 18

Serment d'Hippocrate



Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus. Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité.

La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

MARRAKECH

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr Mohammed BOUSKRAOUI
Vice doyen à la Recherche et la coopération : Pr. Mohamed AMINE
Vice doyen aux affaires pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI
Vice doyen chargé de la Pharmacie : Pr. Said ZOUHAIR
Secrétaire Général : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillofaciale	FAKHRI Anass	Histologie- embyologie cytogénétique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ADALI Imane	Psychiatrie	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale

AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie – réanimation	HAROU Karam	Gynécologie– obstétrique
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie– obstétrique	KADDOURI Said	Médecine interne
AIT–SAB Imane	Pédiatrie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
ALJ Soumaya	Radiologie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie– reanimation
AMAL Said	Dermatologie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMINE Mohamed	Epidémiologie– clinique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMMAR Haddou	Oto–rhino– laryngologie	KISSANI Najib	Neurologie
AMRO Lamyae	Pneumo– phtisiologie	KRATI Khadija	Gastro– entérologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie – Virologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie– obstétrique	LAKMICH MohamedAmine	Urologie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladiesmétaboliques	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie– obstétrique	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MADHAR Si Mohamed	Traumato– orthopédie
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MARGAD Omar	Traumatologie – orthopédie
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire

BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino – Laryngologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – reanimation
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MOUFID Kamal	Urologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie– obstétrique	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NARJIS Youssef	Chirurgie générale
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	NEJMI Hicham	Anesthésie- reanimation
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	OUBAHA Sofia	Physiologie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	QAMOUISS Youssef	Anesthésie- reanimation
DAHAMI Zakaria	Urologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino – Laryngologie	RADA Nouredine	Pédiatrie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- reanimation

EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillofaciale	SORAA Nabila	Microbiologie - Virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- Clinique
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	YOUNOUS Said	Anesthésie- reanimation
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virology
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - reanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZYANI Mohammed	Médecine interne
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie- embryologie cytogénétique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ALJALIL Abdelfattah	Oto- rhino- laryngologie	MESSAOUDI Redouane	Ophtalmologie

ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BELBACHIR Anass	Anatomie– pathologique	RHARRASSI Isam	Anatomie–patologique
BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation
CHRAA Mohamed	Physiologie	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	BELGHMAIDI Sarah	OPhtalmologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie
Hammoune Nabil	Radiologie	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-vasculaire
FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio-organique		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	PédoPsychiatrie	ELJAMILI Mohammed	Cardiologie
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	ELOUARDI Youssef	Anesthésie reanimation
ABOUDOURIB Maryem	Dermatologie	EL-QADIRY Raby	Pédiatrie
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	FASSI Fihri Mohamed jawad	Chirurgie générale
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	GEBRATI Lhoucine	Chimie physique

AHBALA Tariq	Chirurgie générale	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	HAJJI Fouad	Urologie
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AMINE Abdellah	cardiologie	HAZIME Raja	Immunologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	IDALENE Malika	Maladies infectieuses
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	JALLAL Hamid	Cardiologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chir maxillo faciale	KHALLIKANE Said	Anesthésie-réanimation
AZIZI Mounia	Néphrologie	LACHHAB Zineb	Pharmacognosie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie Clinique
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAMRANI HANCHI Asmae	Microbiologie-virologie
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELLASRI Salah	Radiologie	MAOUJOURD Omar	Néphrologie
BENAMEUR Yassir	Médecine nucléaire	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BENCHAFAI Ilias	Oto- rhino- laryngologie	MOUGUI Ahmed	Rhumatologie
BENYASS Youssef	Traumatologie- orthopédie	MOULINE Souhail	Microbiologie- virologie
BENZALIM Meriam	Radiologie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BOUHAMIDI Ahmed	Dermatologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	RAGGABI Amine	Neurologie
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	RAISSI Abderrahim	Hématologie Clinique
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
CHETTATI Mariam	Néphrologie	ROUKHSI Redouane	Radiologie
DAMI Abdallah	Médecine Légale	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	SALLAHI Hicham	Traumatologie- orthopédie

DOUIREK Fouzia	Anesthésie-réanimation	SAYAGH Sanae	Hématologie
DOULHOUSNE Hassan	Radiologie	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SBAI Asma	Informatique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordinationbio-organique	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et decatastrophe
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SLIOUI Badr	Radiologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	WARDA Karima	Microbiologie
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	YAHYAOUI Hicham	Hématologie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	YANISSE Siham	Pharmacie galénique
EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	ZIRAOUI Oualid	Chimie thérapeutique
ELATIQI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	ZOUITA Btissam	Radiologie

LISTE ARRÉTÉE LE 26/09/2022



DEDICACES



Je dois avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenu durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec grand amour, respect et gratitude que je dédie ce modeste travail comme preuve de respect et de reconnaissance :



Je dédie cette thèse à

الله

A Allah Le tout miséricordieux, le très miséricordieux, Le tout puissant, Qui m'a inspiré, Qui m'a guidé sur le droit chemin. Je vous dois ce que j'étais, Ce que je suis et ce que je serais Inchaallah. Soumission, louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde.

*À mes parents bien-aimés,
Mon très cher papa Dr Abdessamad LABRAIMI
Mon âme sœur, mon refuge et mon idole... Le jour tant attendu
est enfin arrivé.*

Je suis incapable de trouver les mots qui expriment l'affection immense que j'ai pour toi, cher papa. Je suis profondément reconnaissante et fière d'être ta fille. Tu as été mon premier maître et ma source d'inspiration. Tout ce que je suis aujourd'hui et tout ce que je serai demain, je te le dois entièrement, et je ferai tout ce qui est en mon pouvoir pour te rendre fier et ne jamais te décevoir.

Tu as été un modèle incomparable pour moi grâce à tes qualités humaines, ta persévérance et ton perfectionnisme en tant que chirurgien, c'est en te voyant que j'ai découvert ma passion pour la médecine. Tu m'as appris le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la confiance en soi face aux difficultés de la vie.

Tes conseils et encouragements précieux durant mes stages hospitaliers, mes périodes d'examens et tout au long de mon parcours resteront à jamais gravés dans ma mémoire. Tu m'as toujours rappelé tout simplement que les efforts finissent toujours par payer, et cela a été une source de motivation inestimable pour moi.

À travers ce travail, j'aimerais te témoigner de l'amour profond que j'ai pour toi et de ma gratitude immense. Que Dieu tout-puissant te préserve du mal, te comble de santé et de bonheur, et te procure une longue vie pour que je puisse te rendre tout ce que tu as fait pour moi. Je t'aime, papa

*Ma très chère maman Fatima Zahra ALAOUI BELGHITI
Ma source d'Amour et d'Inspiration*

Chère maman, il est difficile de mettre en mots toute l'admiration, la gratitude et l'affection que j'ai pour toi. Tu es bien plus qu'une simple mère, tu es mon amie, ma confidente, ma conseillère et mon inspiration. Tu as su me soutenir et m'encourager dans les moments les plus difficiles, m'apprendre à être forte, à persévérer et à croire en moi-même. Grâce à toi, j'ai grandi en sachant que je pouvais atteindre mes rêves et réaliser mes projets les plus ambitieux. Tu m'as appris la compassion, la gentillesse, la tolérance et l'empathie, des valeurs qui ont guidé ma vie et mes actions. Je suis tellement fière d'être ta fille, et je te remercie pour tout ce que tu as fait pour moi. Cette dédicace est le témoignage de mon amour et de ma reconnaissance éternelle envers toi, ma maman adorée. Que Dieu te bénisse et te garde en bonne santé pour que tu puisses continuer d'illuminer notre vie de ta présence aimante. Je t'aime de tout mon cœur, maman.

À mes frères Hamza et Dr. Mehdi LABRAIMI

Je tiens à exprimer à travers ces quelques mots toute la gratitude et l'affection que je porte à votre égard. Vous êtes des piliers dans ma vie, des compagnons de route sur lesquels je peux toujours compter. Votre soutien inconditionnel et votre présence bienveillante ont été pour moi un réconfort indéniable dans les moments les plus difficiles.

Je n'oublierai jamais les moments de complicité que nous avons partagés, les fous rires, les discussions passionnées et les aventures que nous avons vécues ensemble. Vous êtes pour moi bien plus que des frères, vous êtes des amis précieux et irremplaçables.

Aussi, je vous dédie ce modeste travail comme un témoignage de mon amour et de ma reconnaissance envers vous. Puissions-nous continuer à cheminer ensemble dans la vie, main dans la main, dans la joie et dans l'épreuve.

À ma petite sœur Nor LABRAIMI

Tu es la lumière de ma vie et l'une de mes plus grandes bénédictions. Je suis tellement heureuse de t'avoir comme ma petite sœur. Tu es une personne si douce, aimante et pleine de vie, et tu fais de chaque jour une aventure amusante.

Je suis si fière de toi et de tout ce que tu as accompli jusqu'à présent. Je suis émerveillée par ta détermination, ta persévérance et ta capacité à affronter les défis de la vie avec courage et confiance. Tu es vraiment une petite fille spéciale, et je sais que tu vas réaliser de grandes choses dans ta vie.

Je tiens à te féliciter pour ta détermination et ton engagement dans tes études. Je suis tellement fier de toi et je suis convaincu que tu seras un excellent médecin un jour. Ta passion pour la médecine et ton désir d'aider les autres sont admirables et je suis sûr que tu feras une différence dans la vie de nombreuses personnes.

Je te dédie ces mots pour te dire à quel point je t'aime et à quel point tu comptes pour moi. Tu es une source infinie de joie et de bonheur, et je suis si reconnaissante de t'avoir dans ma vie.

Avec tout mon amour

À ma chère Laïla LABRAIMI et sa petite famille

Je tenais à te dire que je suis très fière de toi et de tout ce que tu as accompli jusqu'à présent dans ta vie. Tu es une personne incroyablement persévérante et déterminée, et je suis sûre que tu atteindras tous les buts que tu te fixes. Je suis très reconnaissante de t'avoir dans ma vie, ta présence m'apporte beaucoup de bonheur et de réconfort. Je te souhaite tout le succès et le bonheur dans ta vie personnelle et professionnelle. Je suis convaincue que tu accompliras de grandes choses dans ta vie, et je serai toujours là pour te soutenir dans tous tes projets.

À ma très chère grand-mère Khadija ALAOUI

Chère Mémé,

Je tenais à te dire à quel point je t'aime et je te respecte pour tout ce que tu as fait pour moi et pour notre famille. Tu es un pilier essentiel de notre vie, et ta sagesse, ta gentillesse et ta bienveillance ont touché chacun d'entre nous.

Tu es une personne incroyablement forte et courageuse, et je suis fière de t'avoir comme grand-mère. Tu as su traverser de nombreuses épreuves et surmonter des difficultés avec grâce et dignité, et tu es un véritable exemple pour moi.

Je tiens à te remercier pour tout l'amour que tu nous as donné au fil des années. Tu as toujours été là pour nous, nous offrant un réconfort, une oreille attentive et un soutien indéfectible. Ta présence est une bénédiction pour nous tous.

Je te souhaite tout le bonheur et la santé pour les années à venir.

Avec tout mon amour et ma reconnaissance.

À la mémoire de mes grands-parents paternel El Hajja Halima BOUATERIA et El Hajj Mohamed LABRAIMI et mon grand-père maternel Moulay Cherif ALAOUI BELGHITI

Bien que vous ne soyez plus physiquement parmi nous, votre présence reste forte dans nos vies et vos souvenirs resteront à jamais gravés dans nos cœurs. Vous avez été des grands-parents exceptionnels, des piliers de notre famille, et votre amour, votre sagesse et votre bienveillance ont touché chacun d'entre nous.

Nous sommes reconnaissants de tout ce que vous avez fait pour nous, pour les valeurs que vous nous avez inculquées, pour les souvenirs que nous avons partagés. Vous avez laissé une marque indélébile sur nos vies et nous sommes fières de vous avoir eu comme grands-parents. Que votre âme repose en paix et que votre mémoire reste éternelle. Nous penserons toujours à vous avec amour et gratitude.

*À toute la famille LABRAIMI et ALAOUI BELGHITI
Oncles, tantes et leurs conjoint(e), cousins et cousines maternels
et paternels*

Je souhaiterais pouvoir vous nommer tous individuellement, mais cela me prendrait des milliers de pages pour exprimer toute ma gratitude envers vous. Je tiens vraiment à exprimer ma sincère reconnaissance pour votre présence continue et votre soutien inébranlable.

À mon très cher Dr OUSSAGA et sa petite famille

Je te suis reconnaissante d'être toujours présent pour ma famille, de me prodiguer tes précieux conseils et ton soutien constant, ainsi que de m'encourager sans relâche à atteindre mes objectifs. Merci infiniment.

À Khaoula mouahhidi

Ibtissam meskour, Marwa kourri, Chaïma bounouh, Nassira najimi, Sara berroug, Ouïssal essaket, Hajar ladnany, Mona mansouri, Asmae laghrif, Oumayma mouat, Mohamed nadir, Chadî morchid, Soufiane amrani, Othmane semlali

A mes très chers amis

Je ne peux vous citer tous, car les pages ne le permettraient pas et je ne peux vous mettre en ordre, car vous m'êtes tous chers

En souvenir de notre sincère et profonde amitié et des moments agréables que nous avons passés ensemble veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère

À toute l'équipe du service de médecine légale du CHU Mohammed VI de Marrakech.

Au service d'épidémiologie et de recherche du CHU Mohammed VI de Marrakech.

À tous mes enseignants du primaire, secondaire et de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech

À tous les médecins dignes de ce nom

À tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer.



REMERCIEMENTS



A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
Pr. BOURROUS MONIR
Professeur de Pédiatrie au CHU Mohammed VI de
Marrakech

En acceptant la présidence de notre jury de thèse, vous nous avez fait l'honneur le plus considérable.

Toute notre gratitude pour votre enseignement de qualité sur les bancs de l'amphithéâtre comme dans votre service hospitalier. Nous vous sommes très reconnaissants de bien vouloir porter intérêt à ce travail et accepter aimablement de présider cette thèse. Veuillez accepter cher professeur l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE :
Pr. DAMI Abdallah
Professeur de Médecine Légale au CHU Mohammed VI de
Marrakech

En acceptant de superviser notre travail, vous nous avez accordé un grand honneur et un privilège considérable. Nous vous sommes très reconnaissants pour votre gentillesse, votre humilité et vos qualités humaines, ainsi que de nous avoir consacré une partie de votre temps à nous orienter avec rigueur et bienveillance dans la réalisation de ce travail. Votre disponibilité et votre soutien nous ont été extrêmement touchants tout au long du processus. Vos qualités professionnelles et personnelles sont une source d'inspiration pour nous et nous vous exprimons notre profonde gratitude. Veuillez accepter, cher professeur, l'expression de notre très sincère reconnaissance et considération.

A MON MAITRE ET JUGE DE THESE :
Pr. BOURRAHOUI AICHA
Professeur de Pédiatrie au CHU Mohammed VI de
Marrakech

Nous vous remercions pour le grand honneur que vous nous avez accordé en acceptant de juger notre travail de thèse, en dépit de vos engagements. Nous avons eu la chance de compter parmi vos étudiants et de profiter de l'étendue de votre savoir.

Vos remarquables qualités humaines et professionnelles ont toujours suscité notre profonde admiration. Ce modeste travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre profonde gratitude.

A MON MAITRE ET JUGE DE THESE :
Pr. AGHOUIANE El Mouhtadi
Professeur de Chirurgie pédiatrique au CHU Mohammed
VI de Marrakech

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail. Nous sommes pleinement conscients de votre renommée en tant que personne hautement compétente dans votre domaine, et nous reconnaissons également que vous êtes une personne d'une profonde humanité, largement respectée par tous ceux qui ont eu la chance de travailler avec vous ou de bénéficier de vos connaissances. À travers ce modeste travail veuillez agréer, Cher Maître, l'expression de notre vive reconnaissance et de notre respectueuse gratitude.



ABBREVIATIONS



Listes des abréviations

CHU	:	Centre hospitalier universitaire
SPSS	:	Statistical package for the social sciences
OMS	:	Organisation mondiale de la santé
UNICEF	:	United nations children's fund
ONG	:	Organisation non gouvernementale
ONU	:	Organisation des nations unies
ODAS	:	Observatoire national de l'action sociale
ONDE	:	Observatoires national des droits de l'enfan
IREFREA	:	Institut de recherche européen sur les facteurs de risque dans l'enfance et l'adolescence
CML	:	Certificat médicolegal
SBS	:	Syndrome du bébé secoué
HTIC	:	Hypertension intracrânienne
TDM	:	Tomodensitométrie
IRM	:	Imagerie par résonance magnétique
EEG	:	Electroencéphalogramme
ESPT	:	Etat de stress post traumatique
NICHHD	:	National Institute of Child Health and human development
ITP	:	Incapacité de travail personnel
NFS	:	Numération formule sanguine
IST	:	Infection sexuellement transmissible
VIH	:	Virus de l'immunodéficience humaine
DDR	:	Date dernière règle
B-HCG	:	Human chorionic gonadotropin (gonadotrophine chorionique humaine)

TPHA	:	Treponema pallidum hemagglutinations assay
VDRL	:	Venereal disease research laboratory
PSA	:	Prostate specific antigen
SAT	:	Sérum anti tétanique
VAT	:	Vaccine anti tétanique
HVC	:	Virus de l'hépatite C
HVB	:	Virus de l'hépatite B



Tableaux

ET

Figures



Listes des figures

- Figure 1** : Distribution des modalités de consultation.
- Figure 2** : Distribution entre agression et consultation.
- Figure 3** : Distribution selon le sexe des victimes.
- Figure 4** : Distribution selon l'âge des victimes.
- Figure 5** : Distribution selon l'âge et le sexe des victimes.
- Figure 6** : Distribution selon le niveau de scolarité des victimes.
- Figure 7** : Distribution selon les habitudes toxiques des victimes.
- Figure 8** : Distribution selon la présence des violences antérieures.
- Figure 9** : Distribution selon l'architecture familiale.
- Figure 10** : Distribution selon la situation professionnelle des parents.
- Figure 11** : Distribution selon les habitudes toxiques des parents.
- Figure 12** : Distribution selon le nombre d'enfants dans la fratrie.
- Figure 13** : Distribution selon le rang dans la fratrie.
- Figure 14** : Distribution selon le nombre de personnes vivant sous le même toit.
- Figure 15** : Distribution selon le sexe de l'agresseur.
- Figure 16** : Distribution selon le nombre d'agresseurs.
- Figure 17** : Distribution selon le lien entre l'agresseur et la victime.
- Figure 18** : Distribution selon le lieu de l'agression.
- Figure 19** : Distribution selon le type de l'agression.
- Figure 20** : Distribution du type d'agression selon le sexe.
- Figure 21** : Distribution de la violence sexuelle selon les contraintes associées.
- Figure 22** : Distribution selon la répétition des agressions.
- Figure 23** : Distribution selon les lésions somatiques.
- Figure 24** : Distribution selon les lésions gynécologiques chez les filles.

- Figure 25** : Distribution selon les lésions anales chez les filles.
- Figure 26** : Distribution selon les lésions anales chez le garçon.
- Figure 27** : Distribution selon la durée de l'ITP.
- Figure 28** : Distribution selon les bilans radiologiques demandés..
- Figure 29** : Distribution selon les bilans biologiques demandés.
- Figure 30** : Distribution selon le traitement proposé.
- Figure 31** : Distribution selon les différentes spécialités sollicitées.
- Figure 32** : La figure illustre les localisations suspectes des lésions cutanées.
- Figure 33** : La figure illustre : une ecchymose rétro-auriculaire : l'emplacement de cette ecchymose fait craindre des abus physiques.
- Figure 34** : La figure illustre une blessure structurée sur un enfant frappé par un interrupteur.
- Figure 35** : La figure illustre des ecchymoses sur la partie supérieure du bras d'une fillette de huit ans apparues suite à une prise excessivement ferme.
- Figure 36** : La figure illustre une fillette de deux ans qui a subi une brûlure grave causée par une immersion forcée dans l'eau bouillante.
- Figure 37** : La figure illustre une fillette de deux ans qui a subi un arrachement de l'ongle du gros orteil et a également été brûlée par immersion forcée.
- Figure 38** : La figure illustre une réaction périostée.
au niveau de l'humérus droit.
- Figure 39** : La figure illustre une radiographie du corps entier montrant des multiples fractures osseuses au niveau des membres et des côtes, d'âges différents.
- Figure 40** : La figure illustre la séquence des événements à l'origine des lésions cérébrales dans le syndrome du bébé secoué.
- Figure 41** : Les images radiologiques montrent des hématomes sous-duraux hyperdenses multifocaux, qui correspondent à l'aspect typique du syndrome du bébé secoué.
- Figure 42** : La figure illustre des contusions importantes dans une zone protégée du corps indiquent des signes de maltraitance physique.

- Figure 43** : La figure illustre des ecchymoses en motifs infligées par une corde.
- Figure 44** : La figure illustre une brûlure bien délimitée et symétrique dans la distribution de la chaussette, très évocatrice d'une maltraitance.
- Figure 45** : La figure illustre des brûlures par mégots de cigarettes.
- Figure 46** : La figure illustre l'examen gynécologique en position de grenouille.
- Figure 47** : La figure illustre l'examen de l'hymen par traction labiale.
- Figure 48** : La figure illustre les différents aspects de l'hymen.
- Figure 49** : La figure illustre un hymen intact semi-lunaire chez une fille de 12 ans.
- Figure 50** : Localisation des lésions de l'hymen sous forme d'un quadrant horaire.
- Figure 51** : La figure illustre une défloration récente datant de moins de 24 heures chez une fille de 16 ans.
- Figure 52** : La figure illustre plusieurs lacérations de la marge anale chez un enfant de 11 mois.

Liste des tableaux

- Tableau I** : Distribution des victimes selon l'âge et le sexe.
- Tableau II** : Caractérisation des victimes ayant des habitudes toxiques.
- Tableau III** : Distribution du nombre d'enfants par famille.
- Tableau IV** : Distribution du rang dans la fratrie.
- Tableau V** : Caractéristiques du terrain de la maltraitance où l'auteur est de sexe féminin.
- Tableau VI** : Caractéristiques de l'agression en cas d'agresseurs multiples.
- Tableau VII** : Distribution des types d'agressions sexuelles selon le sexe.
- Tableau VIII** : Distribution des lésions somatiques selon la localisation.
- Tableau IX** : Comparaison des modalités de consultation des enfants victimes de maltraitance selon les études.
- Tableau X** : Comparaison du sexe des victimes selon les études.
- Tableau XI** : Comparaison selon la moyenne d'âge.
- Tableau XII** : Comparaison selon l'âge des victimes.
- Tableau XIII** : Comparaison du niveau de scolarité selon les études.
- Tableau XIV** : Comparaison de l'architecture familiale.
- Tableau XV** : Comparaison du sexe de l'agresseur selon les études.
- Tableau XVI** : Comparaison du nombre d'agresseurs selon les études.
- Tableau XVII** : Comparaison du lien de la victime avec l'agresseur selon les études.
- Tableau XVIII** : Comparaison du lien de la victime avec l'agresseur en cas d'agresseur connu.
- Tableau XIX** : Comparaison du lieu d'agression le plus fréquent selon les études
- Tableau XX** : Comparaison des types d'agression selon les études.

Tableau XXI	Comparaison de la contrainte la plus souvent associée aux agressions sexuelles dans notre étude par rapport aux autres études.
Tableau XXII	Comparaison du type d'agression sexuelle selon les études.
Tableau XXIII	Comparaison de la répétition des agressions selon les études.
Tableau XXIV	Régime thérapeutique des IST recommandé par l'oms pour les enfants et les adolescents.



PLAN



INTRODUCTION	01
MATERIEL ET METHODES	04
I. Description de l'étude	05
II. Population cible	05
III. Objectif de l'étude	06
IV. Méthodologie et analyse	06
V. Considérations éthiques	07
RESULTATS	08
I. Modalités de consultation	09
II. Délai entre agression et consultation	10
III. Données sur la victime	11
1. Répartition selon le sexe	11
2. Répartition selon l'âge	11
3. Niveau de scolarité	13
4. Habitudes toxiques	14
5. Terrain de vulnérabilité	15
6. Antécédents de violences	15
IV. Données sur la famille	16
1. Architecture familiale	16
2. Situation professionnelle des parents	16
3. Habitudes toxiques des parents	17
4. Nombre d'enfants dans la fratrie	18
5. Rang dans la fratrie	20
6. Nombre de personnes vivant sous le même toit	21
V. Données sur l'agresseur	22
1. Sexe	22
2. Nombre d'agresseurs	24
3. Lien entre l'agresseur et la victime	26
VI. Circonstances de l'agression	27
1. Lieu de l'agression	27
2. Types d'agression	28
3. Violences sexuelles et contraintes associées	29

4. Types d'agression sexuelle	30
5. Répétition des agressions	31
VII. Conséquences médico-légales	32
1. Constatations somatiques	32
2. Constatations sexuelles	34
2.1 Chez les filles	34
2.2 Chez les garçons	35
3. ITP (incapacité de travail personnel)	36
VIII. Bilan et traitement	37
1. Bilan	37
2. Traitement	38
IX. Orientation des victimes	39
1. Personnels de santé	39
2. Autorités judiciaire	40
DISCUSSION	41
I. Définitions	42
II. Types de violences	43
1. Violence physique	43
1.1. Définition	43
1.2. Signes d'appels	44
1.3. Particularités	49
2. Violence sexuelle	57
2.1. Définition	57
2.2. Types de violences sexuelles	58
2.3. Signes d'appels	58
3. Violence psychologique	60
3.1. Définition	60
3.2. Types de violences psychologiques	61
3.3. Signes d'appels	61
4. Négligence	62
4.1. Définition	62
4.2. Signes d'appels	62
III. Epidémiologie	63
IV. Facteurs de risque ou de vulnérabilité	65

1. Facteurs individuels	65
2. Facteurs liés à la famille	67
3. Facteurs relationnels	68
4. Facteurs communautaires et sociétales	69
V. Cadre législatif	70
VI. Discussion des résultats	89
1. Modalités de consultation	89
2. Délai entre agression et consultation	91
3. Données sur la victime	92
3.1.Répartition selon le sexe	92
3.2.Répartition selon l'âge	94
3.3.Niveau de scolarité	95
3.4.Habitudes toxiques	96
3.5.Terrain de vulnérabilité	96
4. Données sur la famille	97
4.1.Architecture familiale	97
4.2.Situation professionnelle des parents	98
4.3.Habitudes toxiques des parents	99
4.4.Nombre d'enfants dans la fratrie	99
4.5. Rang dans la fratrie	100
5. Données sur l'agresseur	100
5.1.Sexe	100
5.2.Nombre d'agresseurs	101
5.3.Lien entre l'agresseur et la victime	101
6. Circonstances de l'agression	103
6.1.Lieu de l'agression	103
6.2.Types d'agression	104
6.3.Violences sexuelles et contraintes associées	104
6.4.Types d'agression sexuelle	106
6.5.Répétition des agressions	107
7. Conséquences médico-légales	107
7.1 Lésions somatiques	107
7.2 Lésions sexuelles	108
7.3 ITP	109
8. Bilan et traitement	110

8.1.Bilan	110
8.2.Traitement	111
9. orientation des victimes	111
VII. Les principes médico-légaux de la prise en charge de l'enfant victime de violence	113
1. Accueil	113
2. Examen clinique	114
2.1.Entretien et anamnèse avec l'enfant et l'entourage	114
2.2.Examen somatique général	119
2.3.Indices en faveur d'une maltraitance	129
3. Examens complémentaires	131
4. Prise en charge thérapeutique	134
5. Le certificat médico-légal	136
6. Le signalement	138
VIII.Conséquences psycho-sociales	139
IX. Prévention	142
X. Recommandations	145
CONCLUSION	147
RESUMES	149
ANNEXES	156
BIBLIOGRAPHIE	163



INTRODUCTION



Depuis l'aube de l'humanité, la question de la violence envers les enfants a fait couler beaucoup d'encre dans le monde entier. Malgré cela, ce problème persiste un problème mondial qui ne connaît pas de frontière, indépendamment de la classe sociale, de la culture, de l'ethnicité, de la race, du genre ou du statut socioéconomique. Chaque année, plus d'un milliard d'enfants sont victimes de violences et d'exploitation. Aucun enfant, peu importe où il vit et ce qu'il est, n'est à l'abri de la violence.(1)

Selon la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989, un enfant désigne tout être humain de moins de dix-huit ans, à moins que la majorité ne soit atteinte plus tôt en vertu de la législation applicable.(2)

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la violence comme l'utilisation intentionnelle ou la menace d'utiliser la force physique ou le pouvoir contre soi-même, une autre personne, un groupe ou une communauté, pouvant entraîner des blessures, des décès, des souffrances morales, des perturbations de développement ou des déficiences. (3)

Selon l'OMS, la maltraitance infantile est un terme désignant tout acte de violence ou de négligence envers des individus âgés de moins de 18 ans. Cela inclut les mauvais traitements physiques et/ou affectifs, les abus sexuels, la négligence, l'exploitation commerciale et d'autres formes de traitements inadéquats, qui peuvent entraîner des préjudices réels ou potentiels pour la santé, la survie, le développement ou la dignité de l'enfant dans le cadre d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. Parfois, le fait qu'un enfant assiste à la violence entre partenaires intimes est également considéré comme une forme de maltraitance.(4).

Il existe 4 types de violences : physique, sexuelle, psychologique et négligence.

La maltraitance envers les enfants est un problème qui peut avoir des conséquences graves pour le restant de leur vie. Bien que des recherches aient été menées dans des pays à revenu faible ou moyen, il manque encore des données pour de nombreux pays.(4)

Au Maroc, malgré la large prise de conscience de ce fléau et les avancées indéniables déployés par les autorités responsables, l'ampleur réelle du phénomène reste encore mal déterminée.

Les données disponibles sont limitées aux cas rapportés qui ont été pris en charge par les services de santé, la justice, ou par l'intermédiaire de la ligne verte de l'ONU. Cependant, ces données ne reflètent pas la réalité en entier car elles ne comprennent que les cas les plus graves et ceux qui ont été signalés. (5).

Les chiffres officiels sont donc sous-évalués car la violence envers les enfants est largement dissimulée, souvent commise en secret et peu rapportée. La peur des conséquences, la honte et l'acceptation sociale de la violence font en sorte que seulement une petite fraction des enfants touchés parle ouvertement de leur situation. (6) .

Au Maroc, certaines formes de violences envers les enfants sont vues comme normales dans certaines communautés. C'est notamment le cas des violences physiques, considéré par de nombreux adultes comme des moyens nécessaires pour éduquer les enfants. En ce qui concerne les violences sexuelles, elles sont fortement réprimées lorsqu'elles sont identifiées, mais le harcèlement sexuel, par exemple, peut ne pas être reconnu comme tel. De plus, le signalement de ces violences est souvent difficile en raison de la honte ressentie par les victimes et leurs familles. Ce sentiment peut les empêcher de dénoncer les abus, et les recours judiciaires sont limités en raison de la prévalence des règlements à l'amiable.(7)

En conséquence, il est crucial de protéger les enfants contre toutes les formes de violences en raison de leurs graves conséquences à court, moyen et long terme sur le plan socio-affectif, comportemental, neurologique et économique.

L'objectif de ce travail vise l'exploitation des cas enregistrés au sein du service de médecine légale du CHU Mohamed VI de Marrakech durant les années 2020 et 2021, afin de décortiquer les différents aspects sociodémographiques et médico-légaux des violences faites aux enfants et de comparer nos résultats à ceux de la littérature afin d'apporter des recommandations sur le dépistage, la prise en charge, la prévention dans le contexte marocain.



MATERIELS ET METHODES



I. Description de l'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective analytique descriptive basée sur l'analyse de l'ensemble des dossiers des enfants reçus au service de médecine légale au CHU Mohamed VI à Marrakech sur une période de 2 ans allant du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2021.

II. Population Cible :

Tous les enfants victimes de la violence qui ont consulté au service de médecine légale CHU Mohamed VI à Marrakech pour différents types de maltraitance pour un examen médico-légal.

Durant cette période nous avons reçu 138 enfants.

1. Critères d'inclusion et d'exclusion :

1.1. Critères d'inclusion :

Notre étude inclut tous les enfants de moins de 18 ans victimes de violences et qui ont été vus au service de médecine légale au CHU Mohamed VI à Marrakech : au nombre de 138.

1.2. Critères d'exclusion :

- Tous les cas dont les dossiers n'ont pas pu être exploités.
- 2 cas avec un âge juridique supérieur à 18 ans.

III. Objectif de L'étude :

1. Objectif général :

Dresser les différents aspects médico-légaux de la violence à l'égard des enfants.

2. Objectifs secondaires :

- Dresser le profil sociodémographique des enfants victimes de la maltraitance chez l'enfant au service de médecine légale CHU Mohamed VI de Marrakech.
- Rechercher les facteurs de risque de la maltraitance des enfants.
- Discuter les modalités de prise en charge multidisciplinaire de la maltraitance des enfants.
- Déterminer les différents aspects lésionnels de la maltraitance des enfants.
- Proposer un recueil des textes juridiques et des conventions internationales permettant de rappeler aux lecteurs et chercheurs, le cadre légal et réglementaire de la protection de l'enfant.
- Proposer une stratégie de prévention de la maltraitance des enfants.

IV. Méthodologie et analyse :

1. Recueil des données :

La collecte de données a été faite sur la base d'un questionnaire rempli lors de la consultation médico-légale des victimes, des procès-verbaux de la police et de la gendarmerie et des certificats médico-légaux délivrés.

Les paramètres étudiés sont les suivants :

- Modalités de consultation.
- Délai entre l'agression et la consultation.

- Données sur la victime : sexe, âge, niveau de scolarité, habitudes toxiques, terrain de vulnérabilité et antécédents de violences.
- Données sur la famille : architecture familiale, situation professionnelle des parents, habitudes toxiques des parents, nombre d'enfants dans la fratrie, rang dans la fratrie et nombre de personnes vivantes sous le même toit.
- Données sur l'agresseur : sexe, nombre d'agresseurs, âge et lien avec la victime.
- Déroulement de l'agression : lieu d'agression, types d'agressions, violence et contraintes associée, répétition des agressions et conséquences médico-légales.
- Bilans et traitements.
- Orientation des victimes.

2. Analyse statistique :

L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide de Microsoft Excel et analysée à l'aide du logiciel SPSS (statistical package for the social sciences) version 16.0.

V. Considérations éthiques :

Les données de notre étude ont été collectées en répondant conformément aux règles standards de l'éthique, cela inclut la protection des données et le respect de l'anonymat de nos victimes.



RESULTATS



- Analyse descriptive :

- Incidence cumulée :

Nous avons reçu 140 victimes, 2 victimes n'ont pas été exploitées à cause de leurs âges juridiques supérieurs à 18 ans (handicap considéré comme des personnes majeures protégées).

Le pourcentage des dossiers exploitables est de 98,57%.

I. Modalités de consultation :

107 victimes (soit 77,5 %) ont consulté en mode libre dont 10 victimes (soit 9,3%) ont été adressées par les services hospitaliers (chirurgie pédiatrique, urgences...) ou les services sociaux.

31 victimes (soit 22,5%) ont été reçues sur réquisition judiciaire. (Figure 1)

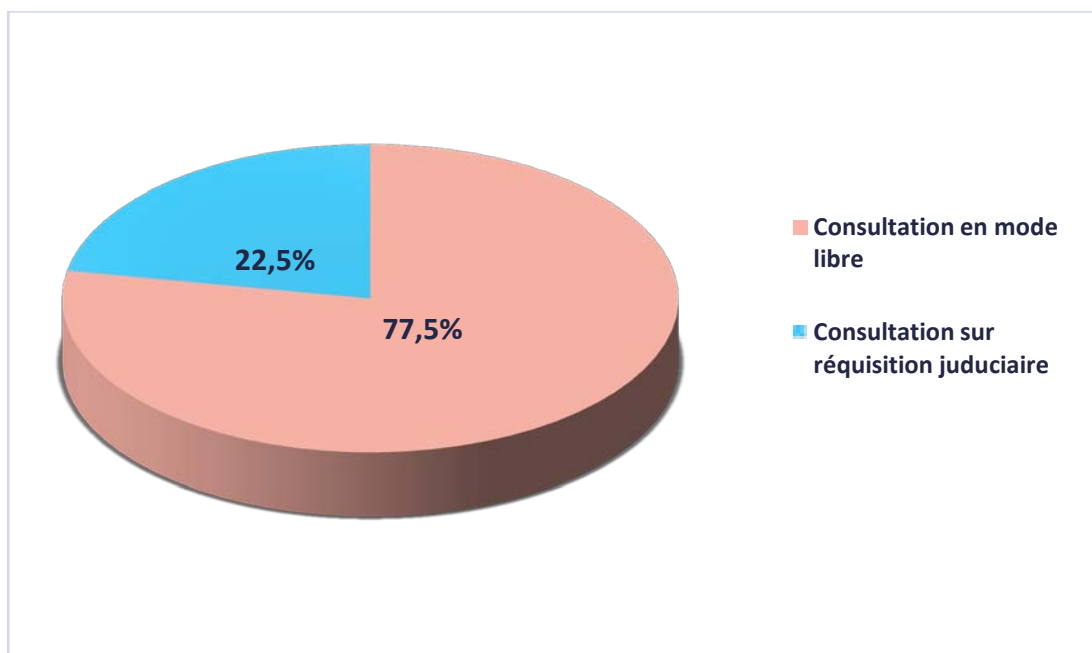


Figure 1 : Distribution selon les modalités de consultation

II. Délai entre agression et consultation :

Plus de la moitié des victimes (80 cas, soit 58%) ont consulté après 72 heures. La consultation a eu lieu entre 24 et 72 heures dans 30 cas (soit 21,7%) et dans les premières 24 heures dans 28 cas (soit 20,3%). (Figure 2)

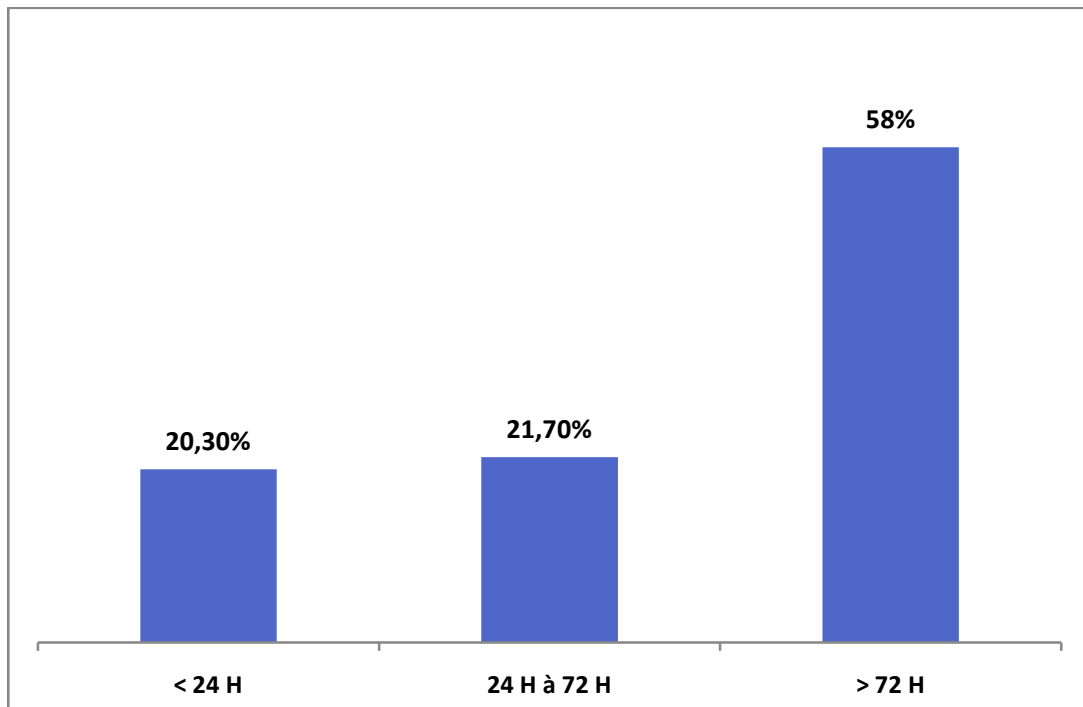


Figure 2 : Distribution selon le délai entre agression et consultation

III. Données sur la victime :

1. Répartition selon le sexe :

Dans notre série, le sexe féminin était prédominant avec un effectif de 76 cas, (soit 55%) de l'ensemble des victimes, alors que le sexe masculin représentait 62 cas, (soit 45%) avec un sex-ratio de 0,82. (Figure 3)

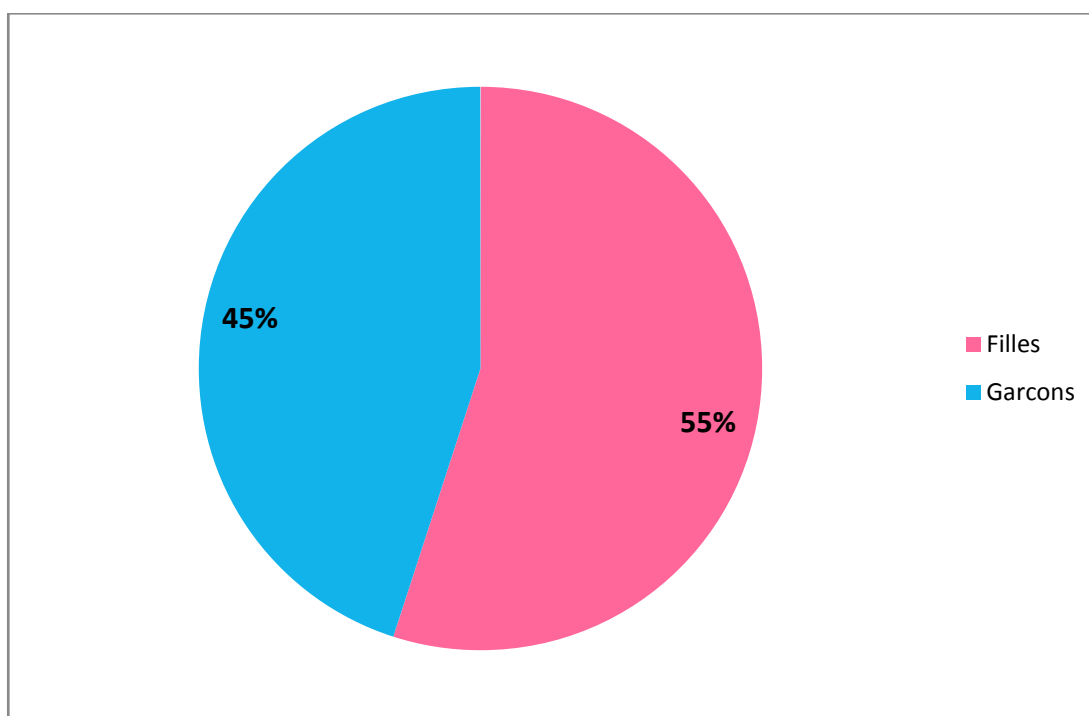


Figure 3 : Distribution selon le sexe des victimes.

2. Répartition selon l'âge :

L'âge des victimes varie entre 3 mois et 18 ans avec une moyenne de 10,26 ans et un écart type de 4,94 ans. Une prédominance (45 victimes, soit 32,61%) a été notée chez les enfants ayant un âge compris entre 10 et 15 ans.

Avec 43 victimes âgées entre 5 à 10 ans (soit 31,16%), les victimes âgées entre 5 et 15 ans étaient au nombre de 88 (soit 62,9%) et 29 victimes de 3 mois à 5 ans (soit 21,01%).

23 victimes (soit 15,22%) avaient un âge supérieur à 15 ans. (Figure 4)

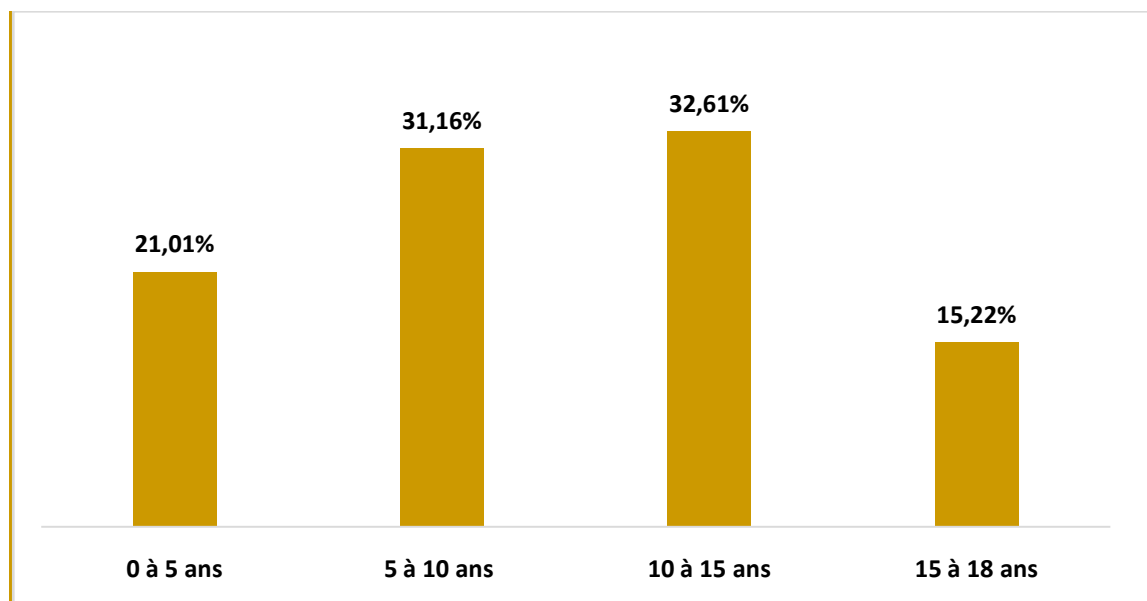


Figure 4 : Distribution selon l'âge des victimes

Tableau I : Distribution des victimes selon l'âge et le sexe

	0 à 5 ans	5 à 10 ans	10 à 15 ans	15 à 18 ans	Total
Filles	14 (48,27%)	14 (32,55%)	31 (68,88 %)	17 (80,95%)	76 (54, 3%)
Garçons	15 (51,72%)	29 (67,44%)	14 (31,11%)	4 (19,04%)	62 (45,7%)
Total	29 (21,014%)	43 (31,159%)	45 (32,60%)	21 (15,21%)	138 (100%)

Une prédominance masculine est notée sur les tranches d'âge entre 0 et 10 ans alors qu'une prédominance féminine est notée entre 10 et 18 ans.

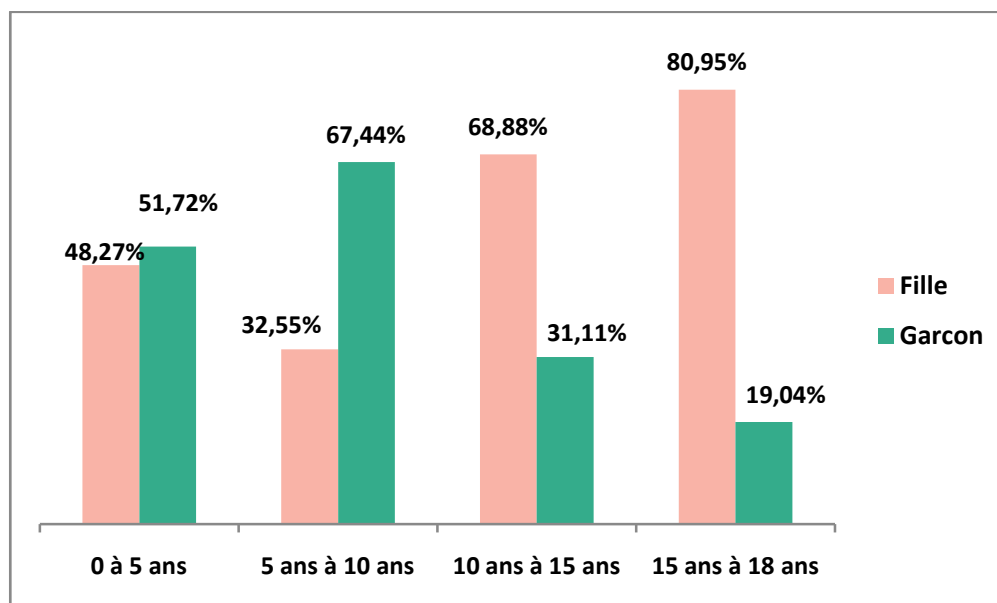


Figure 5 : Distribution selon l'âge et le sexe des victimes

3. Niveau de scolarité :

Plus de trois quarts des victimes (soit 76,1%) étaient scolarisés : 51 victimes (soit 37%) étaient au niveau primaire, 32 victimes (soit 23,2%) au niveau collège et 5 victimes (soit 3,6%) au niveau lycée. 33 victimes (soit 23,9%) n'étaient pas scolarisées. 17 victimes (soit 12,3%) avaient un niveau préscolaire. (Figure 6)

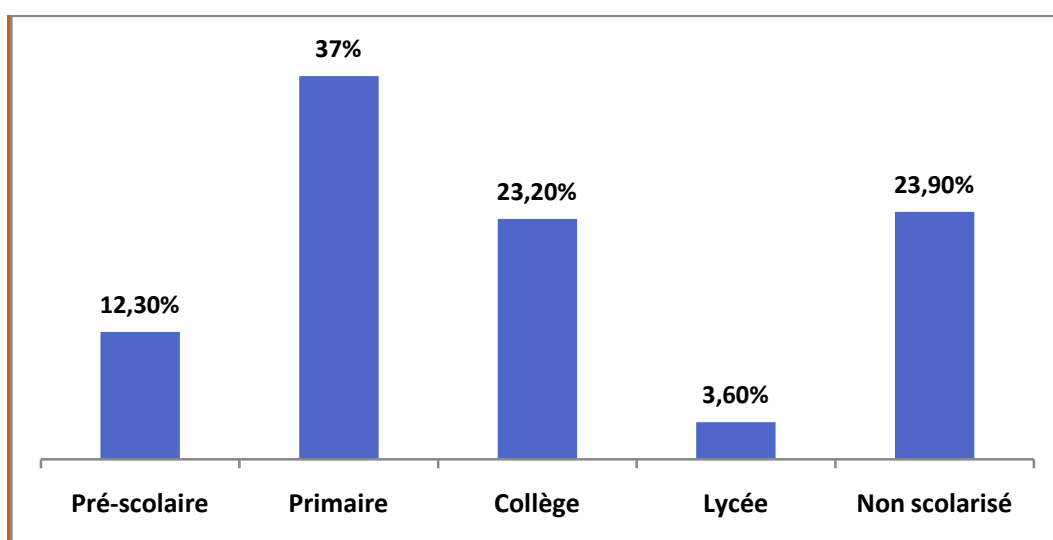


Figure 6 : Distribution selon le niveau de scolarité des victimes

4. Habitudes toxiques :

Les habitudes toxiques ont été retrouvées seulement dans 6 cas (soit 4,3%). 132 cas (soit 95,7%) n'avaient aucune habitude toxique. (Figure 7)

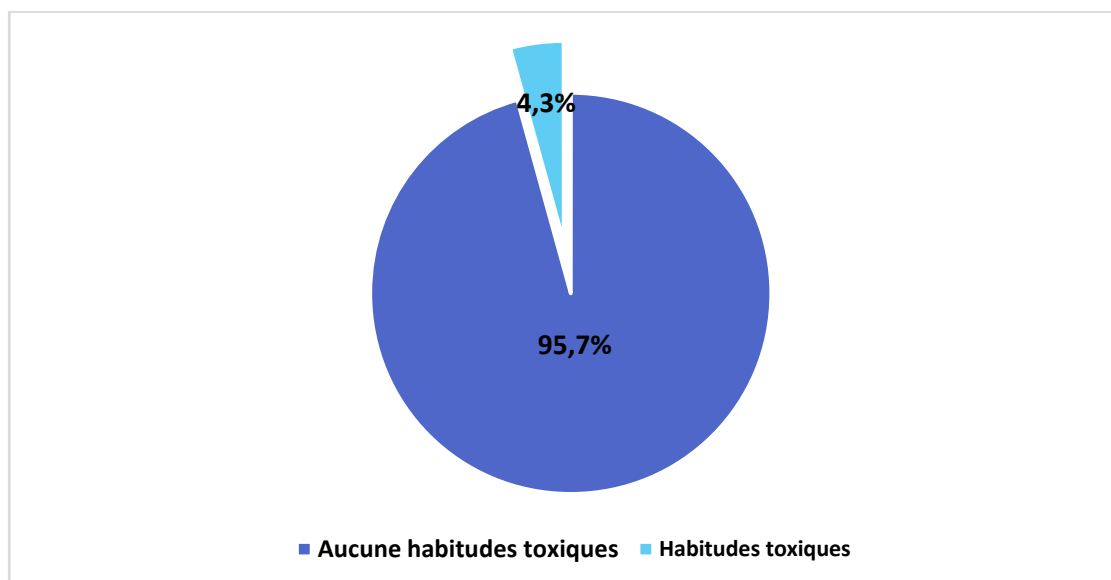


Figure 7 : Distribution selon les habitudes toxiques des victimes.

Tableau II : Caractérisation des victimes ayant des habitudes toxiques

Sexe	Age	Scolarité	Habitudes toxiques	Terrain de vulnérabilité	Type d'agression
Fille	16 ans	Non scolarisé	Tabac, alcool occasionnel	Parents divorcés	Agression physique
Fille	15 ans	Non scolarisé	Tabac	Orpheline	Agression sexuelle
Fille	16 ans	Collège	Tabac ; alcool	Aucun terrain de vulnérabilité	Agression sexuelle
Garçon	9 ans	Primaire	Tabac	Parents divorcés	Agression sexuelle
Fille	17 ans	Non scolarisé	Tabac; cannabis; alcool	Détention mère	Agression sexuelle
Garçon	13 ans	Non scolarisé	Tabac	Aucun terrain de vulnérabilité	Agression sexuelle

5. Terrain de vulnérabilité :

8 victimes ont été identifiées comme étant vulnérables, ce qui représente 5,8% de notre échantillon. Parmi ces victimes, il y a 7 enfants présentant un handicap mental, et un autre dont la mère est en détention.

6. Antécédents de violences :

Dans un nombre limité de cas, soit chez 11 victimes représentant 7,97% de l'échantillon étudiés, des antécédents de violence ont été recensés. Parmi eux, 7 avaient été victimes de violences sexuelles et 4 des violences physiques. (Figure 8)

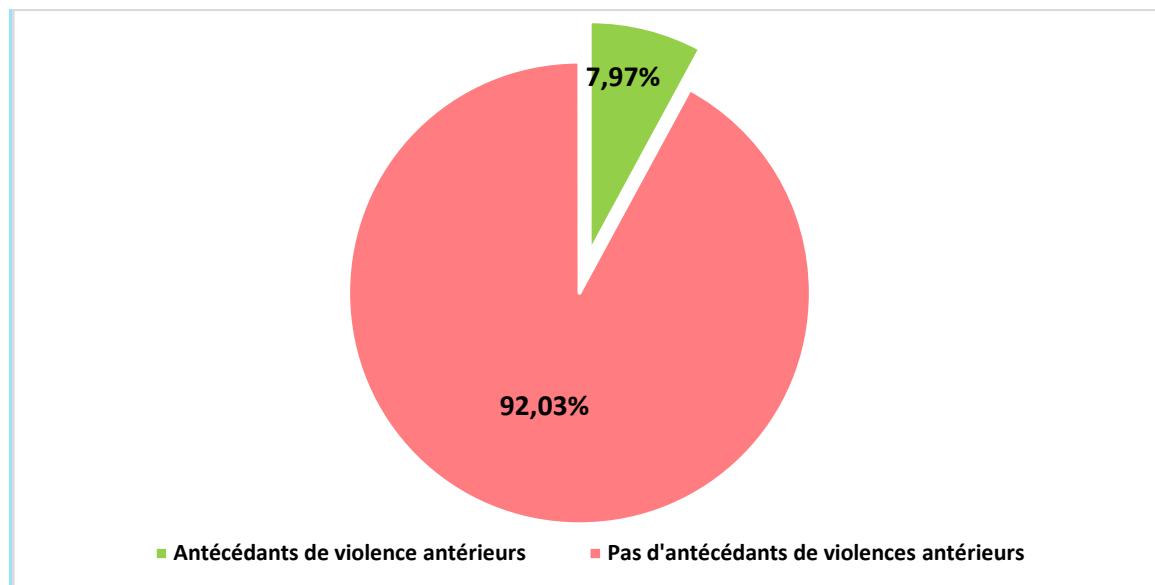


Figure 8 : Distribution selon la présence de violences antérieures

IV. Données sur la famille :

1. Architecture familiale :

Dans 95 cas (soit 68,8%) la famille était unis, 22 cas (soit 15,9%) étaient enfants de parents divorcés, 9 cas (soit 6,5%) enfants de mère célibataire. Dans 5 cas (soit 3,6%) le père était décédé, 4 cas (soit 3%) était victime d'un abandon du foyer par un parent et 3 cas (soit 2,2%) d'enfants adoptés ou vivant dans une association. (Figure 9)

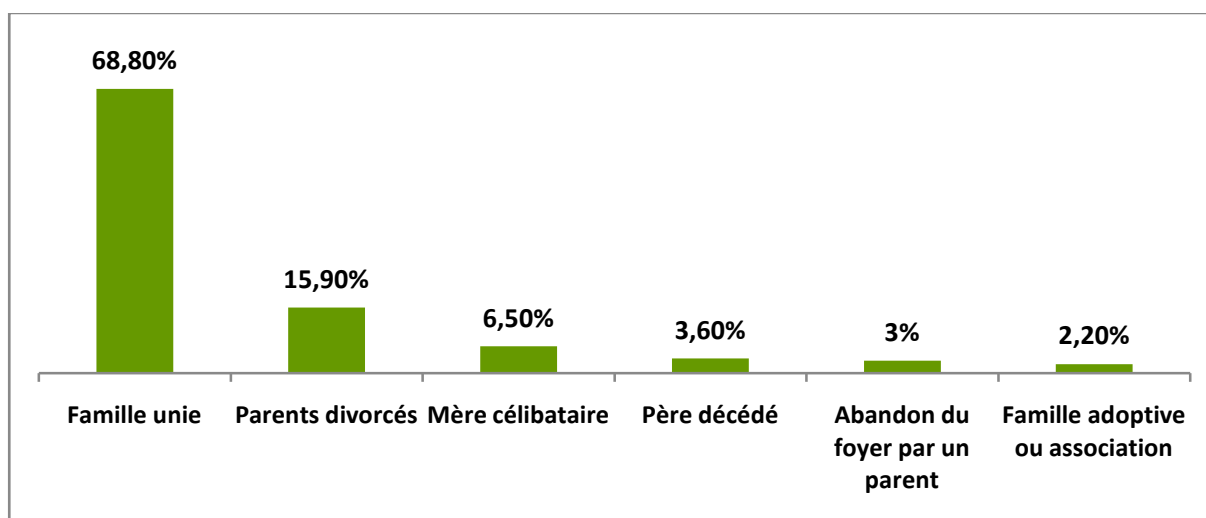


Figure 9 : Distribution selon l'architecture familiale

2. Situation professionnelle des parents :

Dans la majorité des cas, soit dans 121 cas représentant 97,6% de l'échantillon étudié, le père avait une activité professionnelle tandis que dans 3 cas seulement, soit 2,4%, il était au chômage.

Pour ce qui est de la mère, elle avait un emploi dans 37 cas, soit 27% de l'échantillon, alors que dans 100 cas, soit 73% elle était au chômage.

En combinant les deux, on constate que dans 30 cas, soit 21,42%, les deux parents des victimes avaient un emploi, tandis que dans 3 cas seulement, soit 2,14%, ils étaient tous les deux au chômage. (Figure 10)

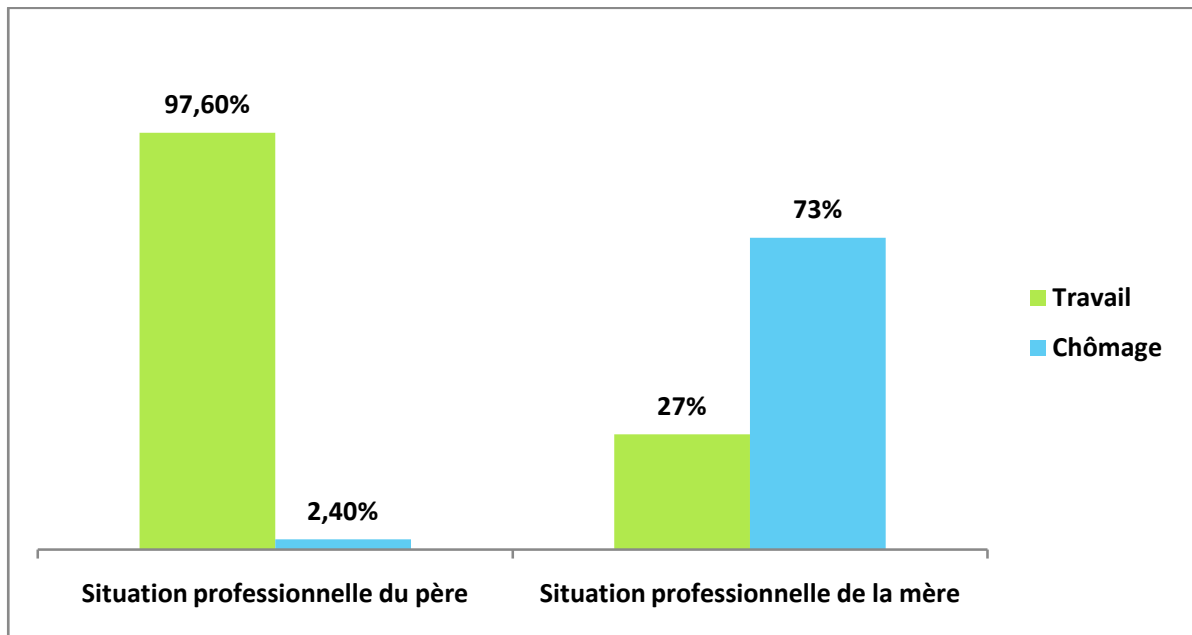


Figure10 : Distribution selon la situation professionnelle des parents.

3. Habitudes toxiques des parents :

La moitié des cas étudiés, soit 63 situations, révélaient que le père avait des habitudes toxiques, tandis que dans les autres 63 cas, soit également 50%, aucune habitude toxique n'a été identifiée chez le père.

Quant à la mère, des habitudes toxiques ont été recensées dans 13 cas, soit 9,5% de l'échantillon, tandis que dans 124 cas, soit 90,5%, aucune habitude toxique n'a été observée chez elle.

Enfin, dans 5 cas, soit 3,57%, les deux parents de la victime avaient des habitudes toxiques. (Figure 10)

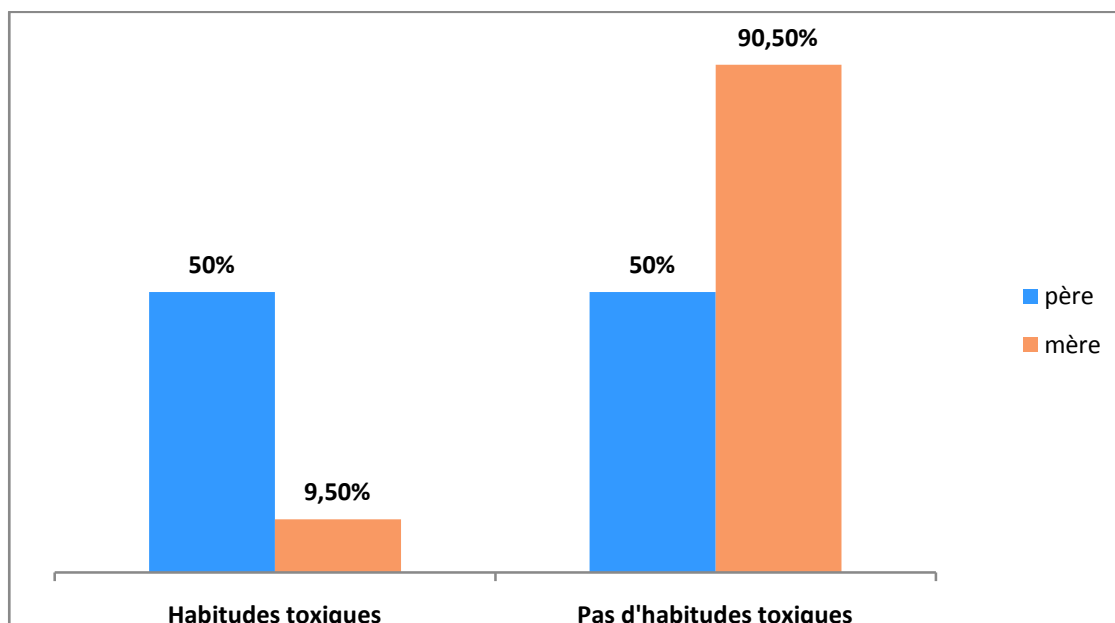


Figure 11 : Distribution selon les habitudes toxiques des parents.

4. Nombre d'enfants dans la fratrie :

Le nombre d'enfants variait entre 1 et 7 enfants avec une moyenne de 3 enfants par famille. Les familles ayant 2 enfants étaient les plus nombreuses (39 familles, soit 28,4%), et celles ayant 7 enfants étaient les moins nombreuses (1 famille, soit 0,7%). Dans 38 cas (soit 27,7%) on comptait 3 enfants par famille et dans 19 cas (soit 13,9%) on comptait des familles avec un enfant unique.

Dans 19,7% le nombre d'enfants dans la fratrie était de 4 par familles et dans 8% le nombre d'enfants dans la fratrie était de 5 par famille.

Dans 1,6 % le nombre d'enfants dans la fratrie était de 6. (Tableau III) et (Figure12).

Tableau III : Distribution du nombre d'enfants par famille

Nombre d'enfants	Nombre de familles	Pourcentage(%)
1	19	13,9
2	39	28,4
3	38	27,7
4	27	19,7
5	11	8
6	2	1,6
7	1	0,7
Total	137	100

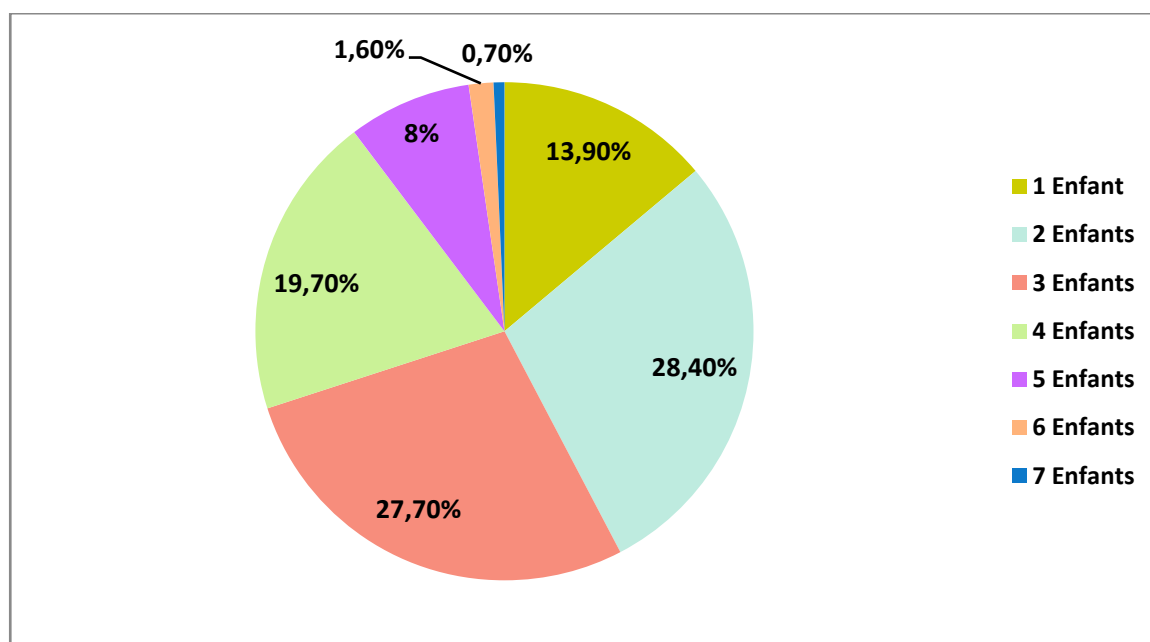


Figure 12 : Distribution selon le nombre d'enfants dans la fratrie.

5. Rang dans la fratrie :

Dans 61 cas, ce qui représente 44,5% de l'échantillon étudié, la victime était l'aîné(e) de sa fratrie, tandis que dans 40 cas, soit 29,2%, elle était le ou la cadet(te). Dans 20 cas, soit 14,6%, la victime occupait la troisième place dans l'ordre de naissance de la fratrie. On peut remarquer que plus des deux tiers des victimes, soit 121 cas, ont été recensés parmi les 3 aînés de la famille. En revanche, on constate que le nombre de victimes diminue au fur et à mesure que l'on s'approche des cadets et des benjamins de la famille. (Tableau IV) et (Figure 13)

Tableau IV : Distribution du rang dans la fratrie.

Rang dans la fratrie	Nombre de familles	Pourcentage(%)
1	61	44,5
2	40	29,2
3	20	14,6
4	10	7,3
5	6	4,4
Total	137	100

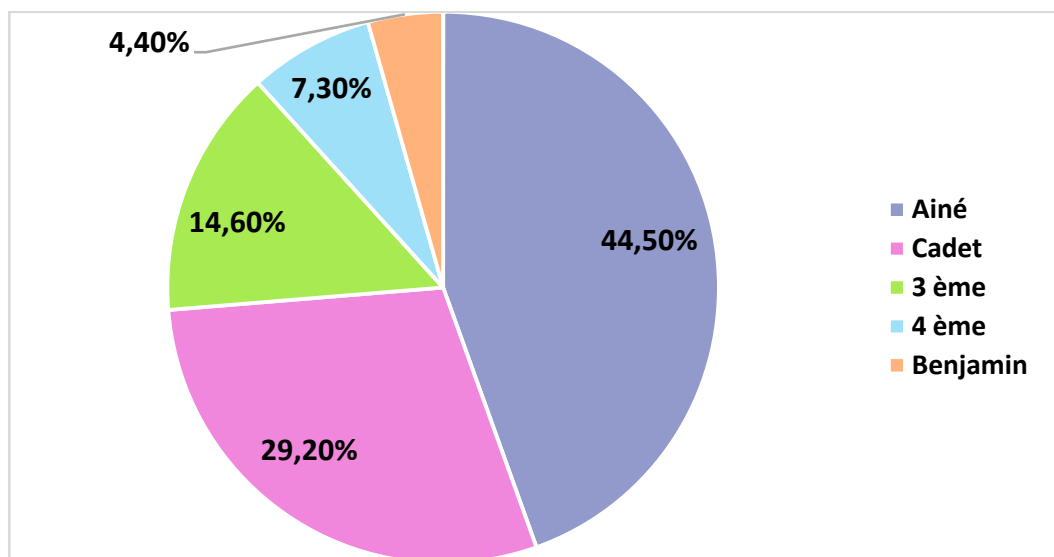


Figure 13 : Distribution selon le rang dans la fratrie.

6. Nombre de personnes vivant sous le même toit :

Le nombre de personnes vivant sous le même toit varie entre 2 et 50 personnes par familles avec une moyenne de 5.

L'enfant vivant avec 50 personnes est le cas d'un orphelin vivant dans une association.

(Figure 14)

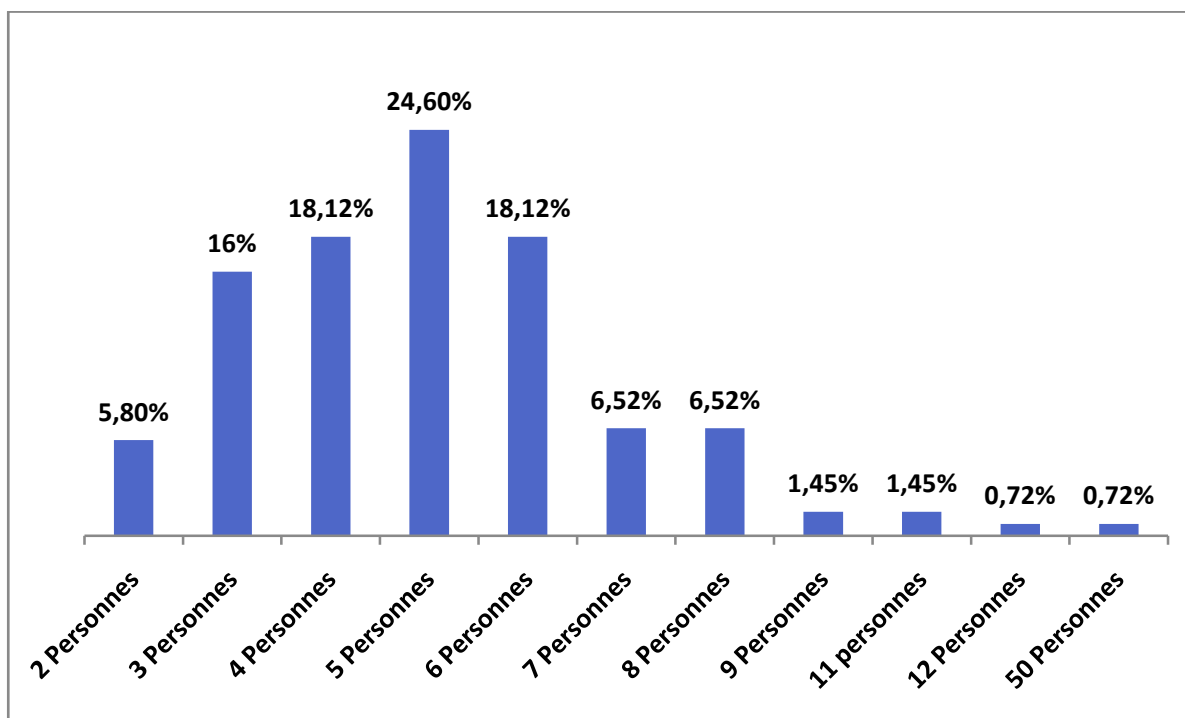


Figure 14 : distribution selon le nombre de personnes vivant sous le même toit.

V. Données sur l'agresseur :

1. Sexe :

Dans 94,8% des cas (soit 128 cas), l'agresseur était de sexe masculin et dans 5,2% des cas (soit 7 cas) il était de sexe féminin. (Figure 15)

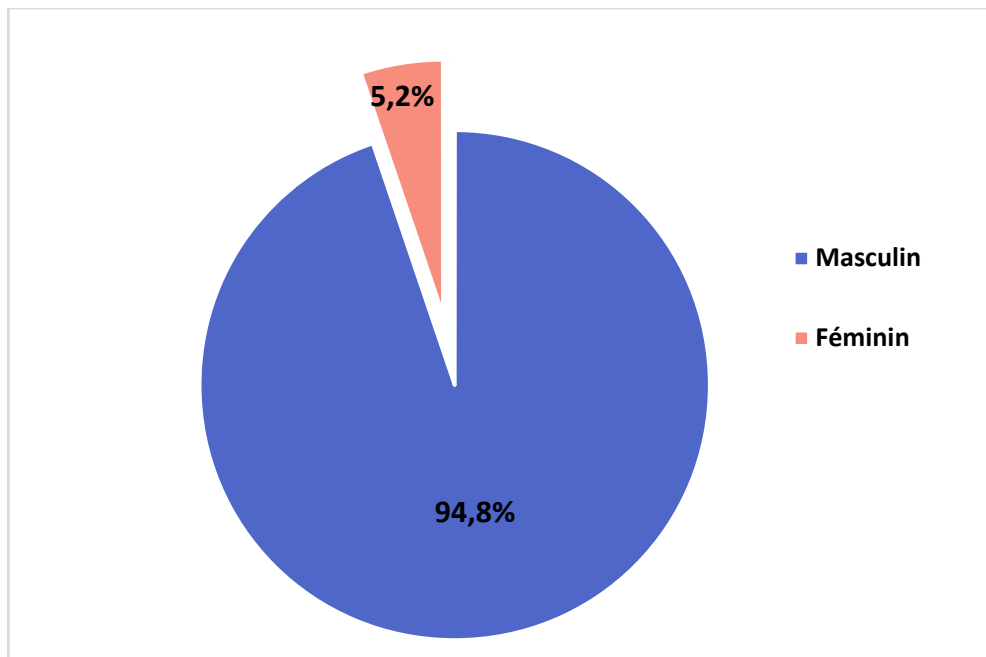


Figure 15 : Distribution selon le sexe de l'agresseur.

Tableau V : Caractéristiques du terrain de la maltraitance où l'auteur est de sexe féminin.

Agression par sexe féminin : lien avec la victime	Terrain ; habitudes toxiques	Victime et type d'agression
Mère	Mère célibataire ; antécédents judiciaires ; toxicomanie	Fille de 4 ans, victime d'une négligence.
Mère	Parents divorcés ; mère tabagique	Fille de 11 ans, victime d'une agression physique (brûlure par l'eau bouillante).
Mère	Famille unie ; sans habitudes toxiques Le syndrome de Münchhausen par procuration	Fille de 5ans, avec antécédent d'infection urinaire à répétition sujette au risque d'exposition a des traitements à répétition par la mère et possibilité de falsification des résultats des examens biologiques de l'enfant.
Institutrice	Néant	Fille de 9 ans, victime d'agression physique par un tuyau en plastique
Mère	Mère toxicomane	Fille de 14 ans, diabétique type I, victime d'une maltraitance à répétition avec une déféstration criminelle de la part de sa mère.
Mère	Mère tabagique	Nourrisson de sexe féminin de 5mois, victime de maltraitance (chute volontaire) de la part de sa mère.
Mère	Mère alcoolique; antécédents judiciaires	Nourrisson de sexe féminin, de 3mois, victime d'une maltraitance de la part de sa mère suite à une chute par négligence.

2. Nombre d'agresseurs :

Le nombre d'agresseurs varie entre un agresseur dans 130 cas (soit 95,6%),

2 agresseurs dans 5 cas (soit 3,7%) et 3 agresseurs dans 1 cas (soit 0,7%). (Figure 16)

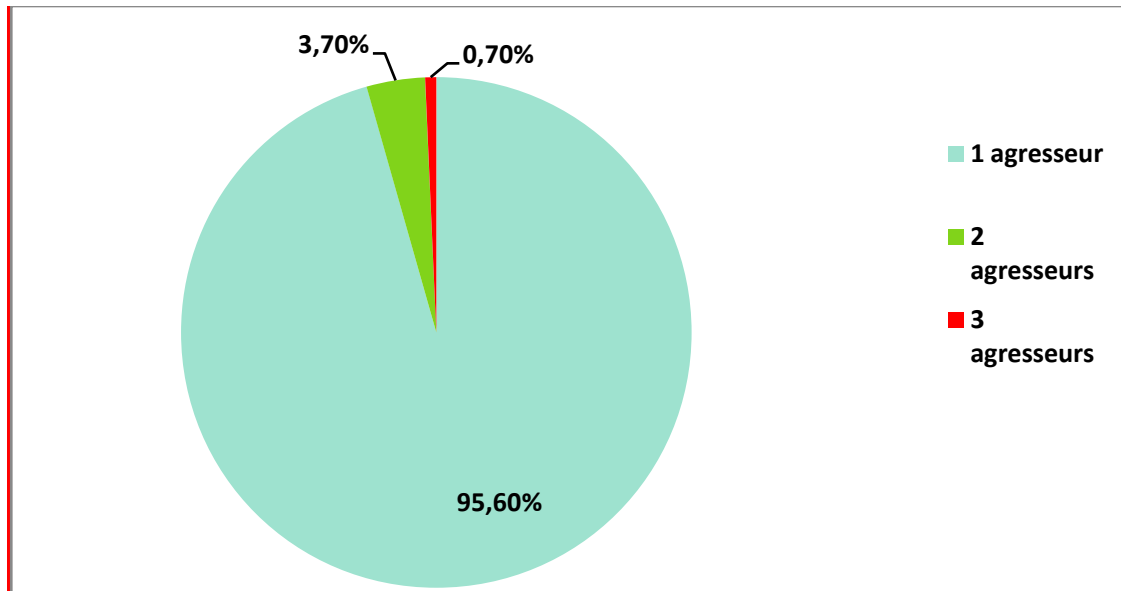


Figure 16 : Distribution selon le nombre d'agresseurs.

Tableau VI : Caractéristiques de l'agression en cas d'agresseurs multiples.

Nombre d'agresseurs	Type d'agression	Contexte
3 agresseurs	Agression sexuelle sous menace d'agression physique	La victime : fille âgée de 15 ans, aurait été interceptée par des personnes connues à son ami, elle l'aurait fait subir une agression sexuelle à type de pénétration anale sous menace d'agression physique.
2 agresseurs	Agression sexuelle sous menace d'agression physique	La victime : fille âgée de 10 ans, aurait subi une agression sexuelle à type de pénétration anale de la part de son oncle maternelle, sous les yeux de sa grand-mère qui la maintenait contre son gré.
2 agresseurs	Agression physique et menace d'agression sexuelle	La victime : garçon âgé de 3 ans, aurait subi une agression physique à répétition de la part de son père et une brûlure par une cuillère chauffée par sa mère.
2 agresseurs	séquestration sous menace d'agression physique	La victime : fille de 16 ans interceptée par deux personnes de 17 et 18 ans, qui l'auraient emmené à moto dans un terrain désertique, en la séquestrant pendant 24 heures.
2 agresseurs	Séquestration sous menace d'agression physique	La victime : fille de 14 ans interceptée, par deux personnes de 17 et 18 ans, qui l'auraient emmené à moto dans un terrain désertique, en la séquestrant pendant 24 heures.
2 agresseurs	Agression sexuelle sous menace de le tuer	La victime : garçon de 12ans, victime d'une agression sexuelle à type de pénétration anale par deux voisins, ils l'auraient emmené dans un lieu désertique, un d'entre eux l'a maintenu de force, l'autre lui aurait fait subir l'agression sous menace de le tuer.

3. Lien entre l'agresseur et la victime :

Dans 88% des cas (soit 118 cas), l'agresseur était connu par la victime : les voisins représentaient 25% des agresseurs, les amis 18%, les parents 15%, les agresseurs ayant des relations familiales avec les victimes 12% et les connaissances 18% des agresseurs.

Dans 10% des cas (soit 14 cas), l'agresseur était inconnu. Dans 2% des cas, la relation entre l'agresseur et la victime n'a pas été précisée. (Figure 17)

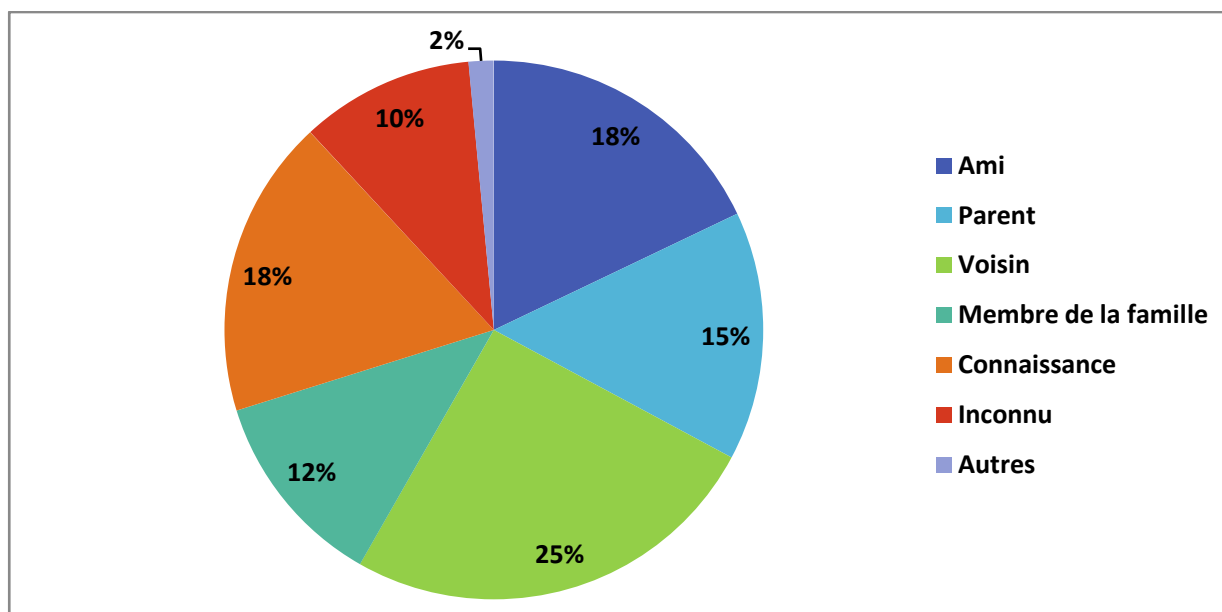


Figure 17 : Distribution selon le lien entre l'agresseur et la victime.

VI. Circonstances de l'agression :

1. Lieu de l'agression :

Dans la plupart des cas, l'agression s'est déroulée soit chez la victime 41 cas (soit 30,6%), soit au le domicile de l'agresseur 27 cas (soit 20,1%).

Dans 20,9% (soit 28 cas) l'agression s'est déroulée dans un lieu isolé.

11,2% (soit 15 cas) dans un lieu public dont 5 cas dans le quartier de l'habitation, 5 cas dans la rue, 1 cas dans l'épicerie du quartier, 1 cas dans un parc public, 1 cas dans un terrain de foot, 1 cas dans un champ de campagne et 1 cas dans un centre de protection de l'enfance.

9,7% (soit 13 cas) au lieu de travail de l'agresseur. Dans 4,5% (soit 6 cas) dans une école. 3% (soit 4 cas) des agressions se sont passées dans des endroits différents. (Figure 18)

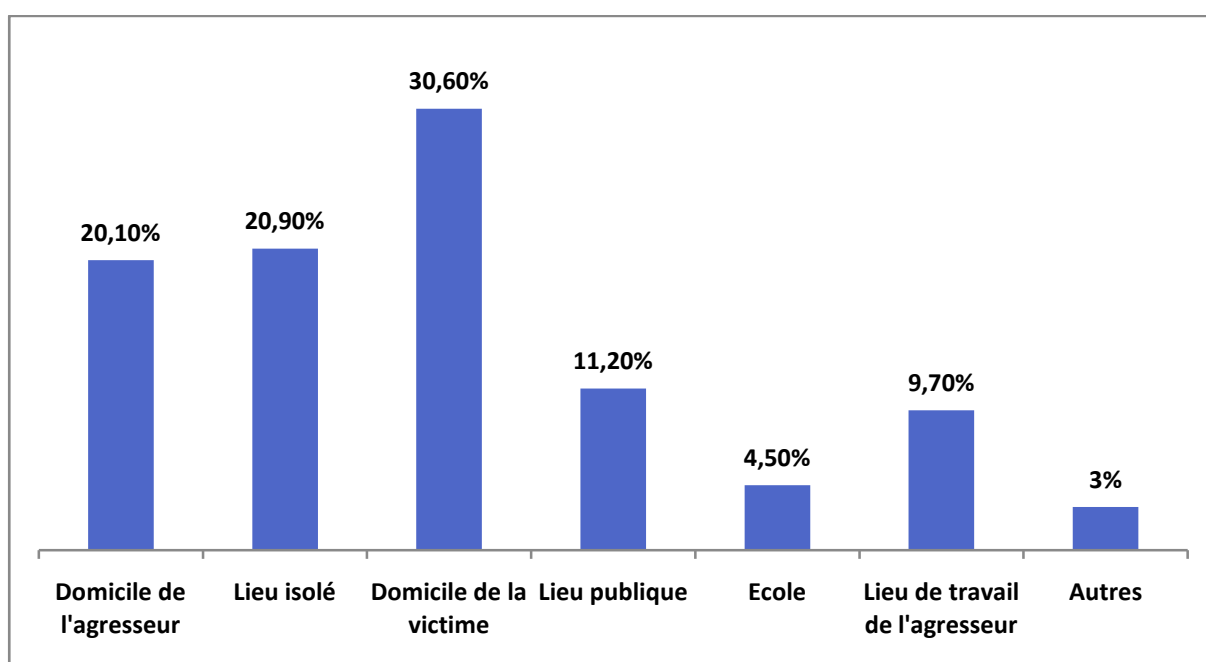


Figure 18 : Distribution selon le lieu de l'agression.

2. Types d'agression :

Plus de trois quarts des cas (soit 75,7%) concernaient les agressions sexuelles (soit 103 cas) de victimes. Les autres types d'agressions étaient physiques dans 17,6% (soit 24 cas) et les négligences dans 6,6% (soit 9 cas). (Figure 19)

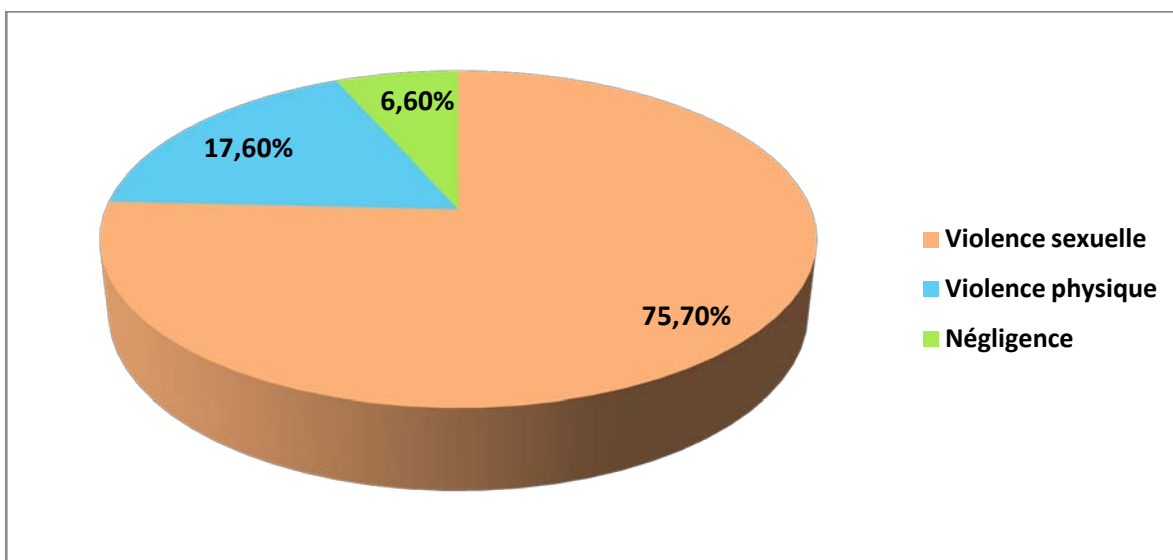


Figure 19 : Distribution selon le type de l'agression

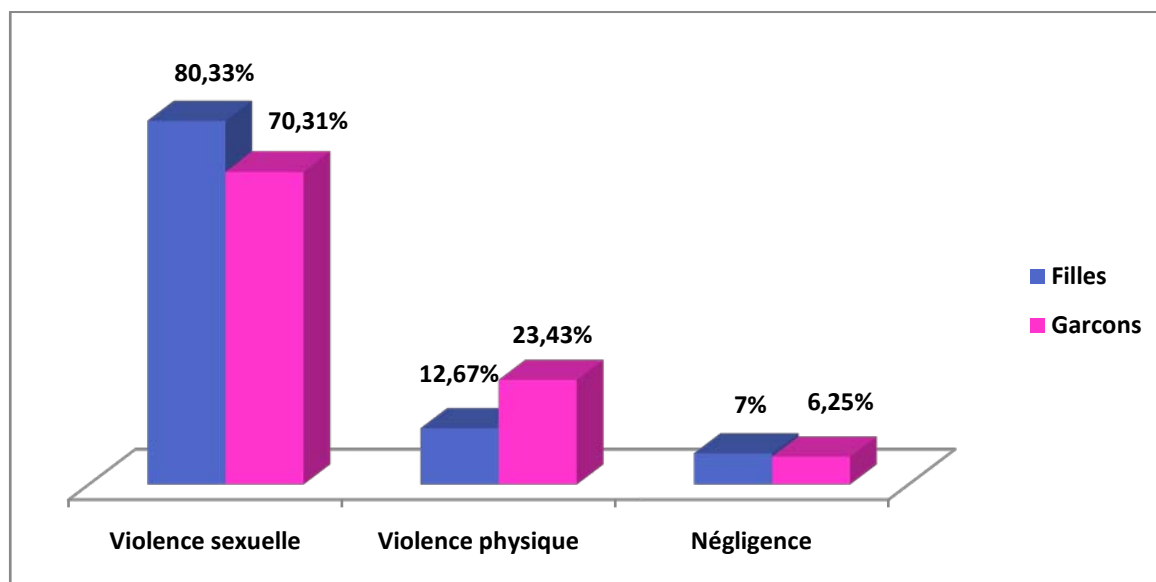


Figure 20 : Distribution du type d'agression selon le sexe.

3. Violences sexuelles et contraintes associées :

Dans 65 cas (soit 61,4%), l'agression sexuelle s'est déroulée dans un contexte de violence et /ou séduction.

On note 23 cas (soit 21,7%) de coups et blessures, 4 cas (soit 3,8%) de menace par arme blanche, 15 cas (soit 14,2%) de menace verbale et 7 cas (soit 6,6%) de séquestration.

Dans 11 cas (soit 10,4%) l'agression a eu lieu sous séduction de mariage, dans 2 cas (soit 1,9%) sous séduction d'argent et dans 3 cas (soit 2,8%) sous menace de prise de photos, dont 2 cas pris en vidéo et menace de les divulguer, et seulement 1 cas seulement sous menace de prendre des photos. (Figure 21)

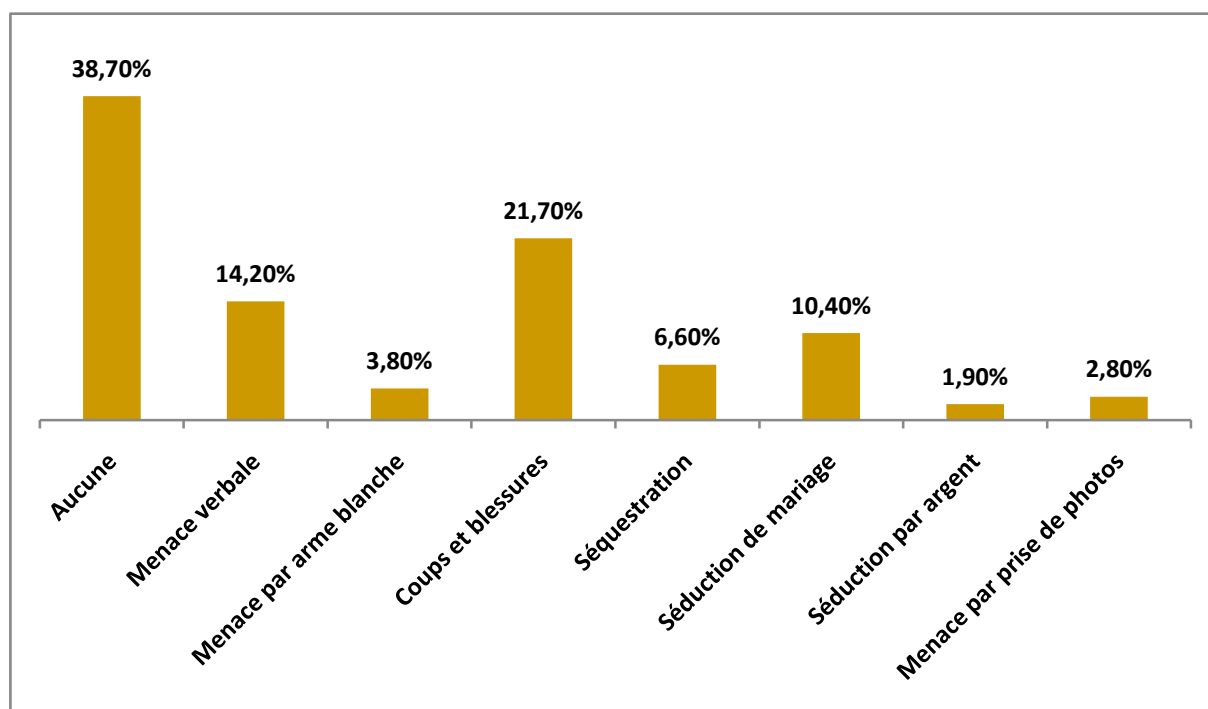


Figure 21 : Distribution de la violence sexuelle selon les contraintes associées.

4. Type d'agression sexuelle :

Les attouchements seuls ont été rapportés dans 45 cas (43,69%) dont 22 cas chez les filles et 23 cas chez les garçons.

Les pénétrations anales et les attouchements dans 25 cas (soit 22,7%) dont 18 cas (soit 16,34%) chez les garçons et 7 cas (soit 6,35%) chez les filles.

Chez les filles, les agressions suivantes ont été aussi rapportés : 8 cas (soit 13,79%) de pénétration vaginale seule, 2 cas (soit 3,44%) attouchements et pénétration vaginale. Pénétration ano vaginale dans 9 cas (soit 16,98%) ; attouchement et pénétration orale dans 2 cas (soit 3,44%) et pénétration oro vaginale dans 2 cas (soit 3,44%).

La pénétration oro anale a été retrouvée chez les 2 sexes avec 1 cas (soit 1,72%) chez les filles et 1 cas (soit 2,22%) chez les garçons. (Tableau VII)

Tableau VII : Distribution des types d'agressions sexuelles selon le sexe.

Types d'agression	Filles	Garçons
Aucune	5 (7,2%)	3 (6,66%)
Attouchements uniquement	22 (37,93%)	23 (51,11%)
Attouchements et pénétration vaginale	2 (3,44%)	-
Pénétration vaginale uniquement	8 (13,79%)	-
Pénétration ano vaginale	9 (16,98%)	-
Attouchements et pénétration anale	7 (12,06%)	18 (40%)
Attouchements et pénétration orale	2 (3,44%)	-
Pénétration oro vaginale	2 (3,44%)	-
Pénétration oro anale	1 (1,72%)	1 (2,22%)
Total	58 (100%)	45(100%)

Distribution des victimes ayant eu des attouchements sexuels par rapport à l'âge :

Il est observé que les enregistrements de victimes sont plus élevés chez les enfants de 5 ans, représentant 13,33% des cas (soit 6 cas) avec un ratio de 4 filles et 2 garçons. Viennent ensuite les enfants de 4 ans, avec 11,11% des cas (soit 5 cas), comprenant 1 fille et 4 garçons.

5. Répétitions des agressions :

Il est à noter que dans 53,8% des cas, l'agression a été unique, tandis qu'une répétition des agressions a été observée dans 45,2% des cas. (Figure 22)

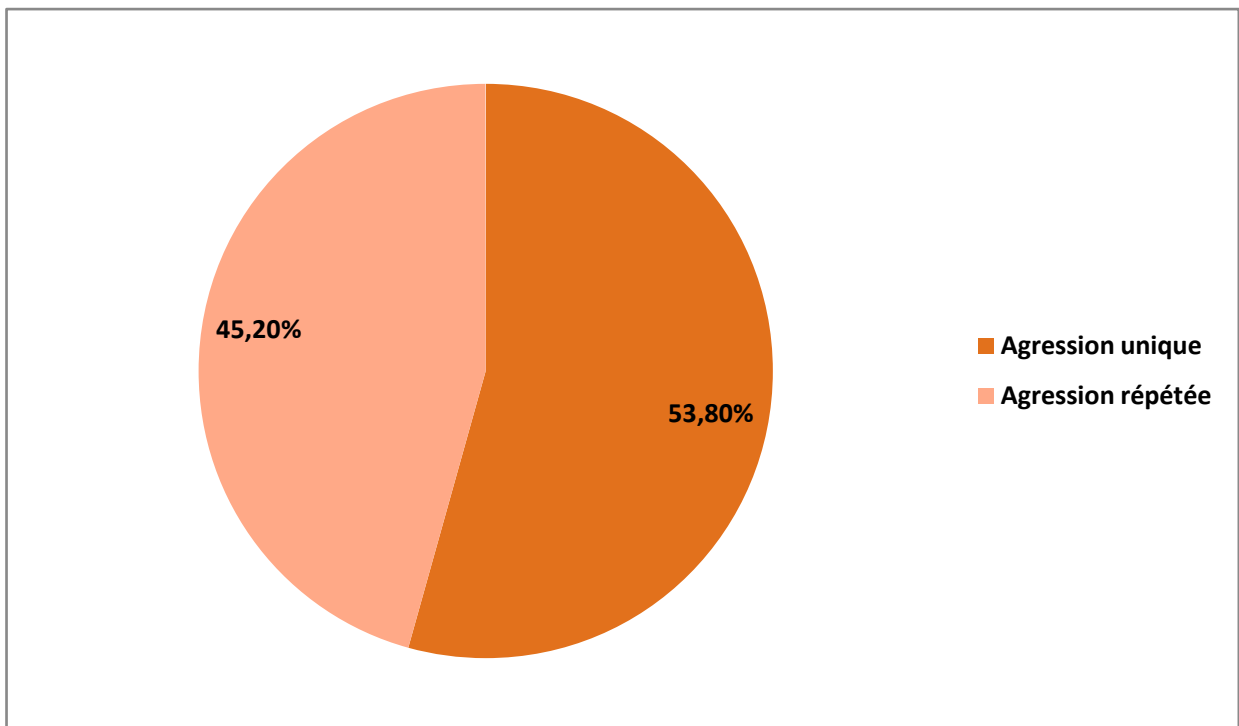


Figure 22 : Distribution selon la répétition des agressions.

VII. Conséquences médico-légales :

1. Constatations somatiques :

Parmi les 138 victimes de violences, 39 d'entre elles (soit 28,2%) ont montré des signes physiques de blessures, comprenant des ecchymoses pour 23 victimes (16,67%), des écorchures pour 5 cas (3,62%), des griffures pour 3 cas (2,17 %), des plaies pour 2 cas (1,45%), des brûlures pour 3 cas (2,17%) et des fractures pour 3 autres cas (2,17%). (Figure 23)

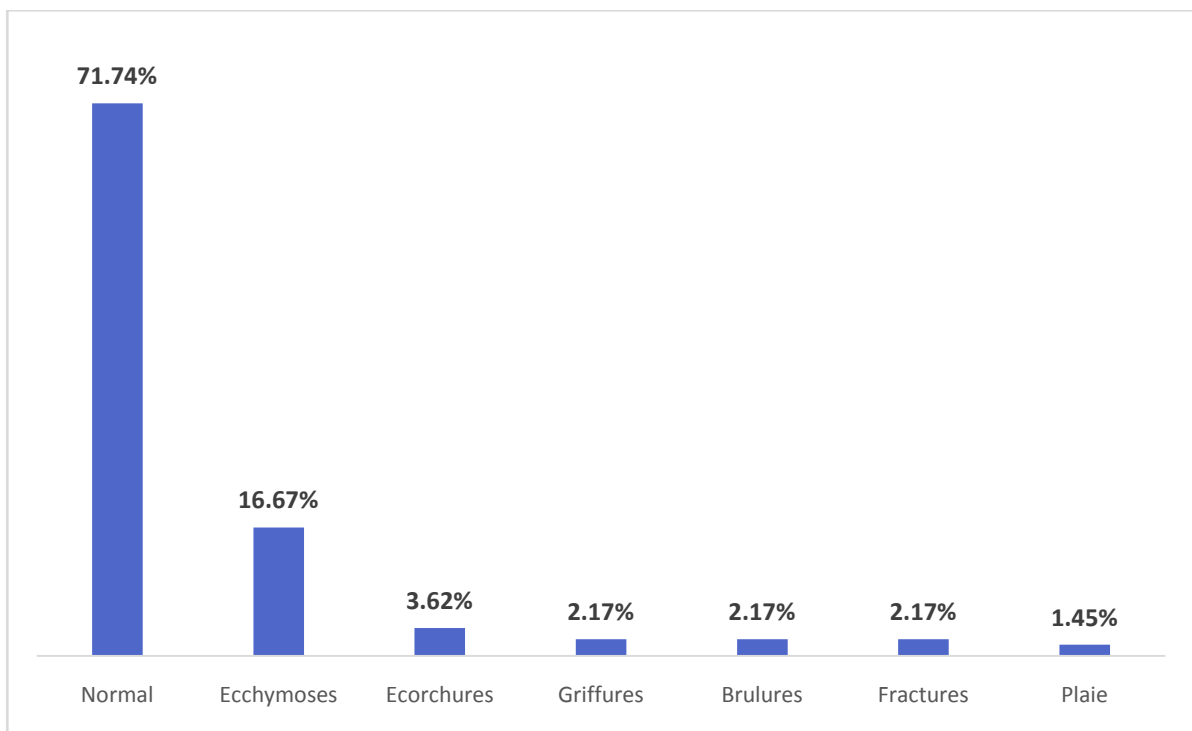


Figure 23 : Distribution selon les lésions somatiques.

Tableau VIII : Distribution des lésions somatiques selon la localisation.

Lésions	Localisation sur le corps
Ecchymoses	<ul style="list-style-type: none">- Oculaire- Cervicale et dorsale- Membres (bras, fesses, cuisses, cheville jambe)- Visage (joue, paupière)
Griffures	<ul style="list-style-type: none">- Visage (joue)- Cervicale et dorsale- Membres (main, poignet)
Plaies	<ul style="list-style-type: none">- Abdomen- Thorax- Scalp- Membres (main, jambe)
Ecorchures	<ul style="list-style-type: none">- Visage (joue, paupière, front, oreille)- Membres (gros orteil)
Brulures	<ul style="list-style-type: none">- Visage- Membres (main, cuisses, jambes)
Fractures	<ul style="list-style-type: none">- Membre (avant-bras)- Tronc (cotes, bassin)- Visage (incisives)

2. Constatations sexuelles :

Les lésions sexuelles étaient très variables pour les 2 sexes.

2.1 Chez les filles:

- Constatations gynécologiques :

Les lésions sexuelles ont été trouvées chez 22 filles (soit 33, 3%). L'examen était normal chez 44 filles (soit 66,7%).

Les lésions gynécologiques suivantes ont été notées chez les filles : 14 déflorations anciennes (soit 21,2%), une défloration récente dans 7 cas (soit 10,6%), un hymen dilatable dans un cas. (Figure 24)

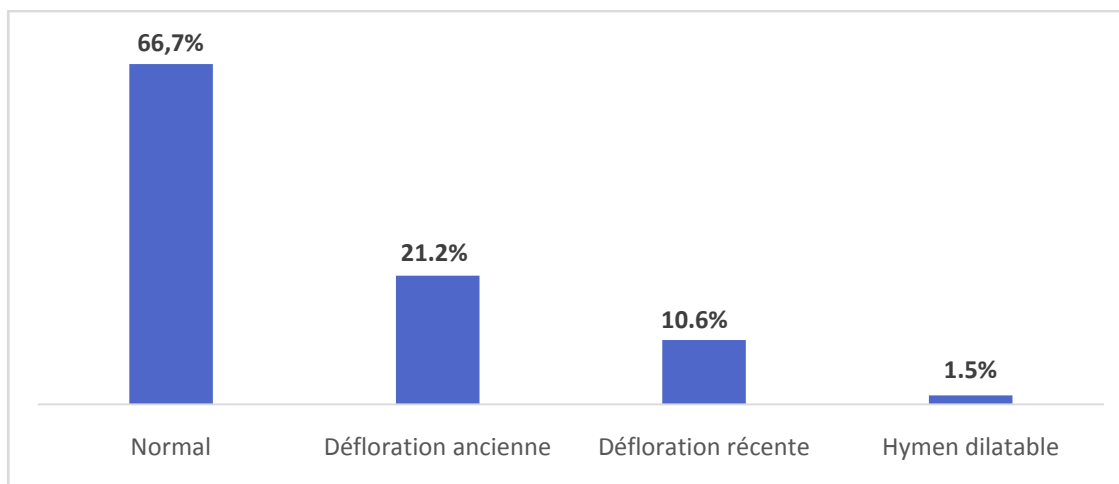


Figure 24 : Distribution selon les lésions gynécologiques chez les filles.

- Constatations anales :

Les lésions anales ont été retrouvées dans 7 cas (soit 10, 5%). L'examen était normal chez 59 filles (soit 89,4%).

Les lésions anales suivantes ont été notées chez les filles : une béance anale dans 2 cas (soit 3%), un érythème anal dans 1 cas (soit 1,5%), une fissure anale dans 2 cas (soit 3%), une hypotonie sphinctérienne dans 1 cas (soit 1,5%) et des végétations péri-anales dans un cas (soit 1,5%). (Figure 25)

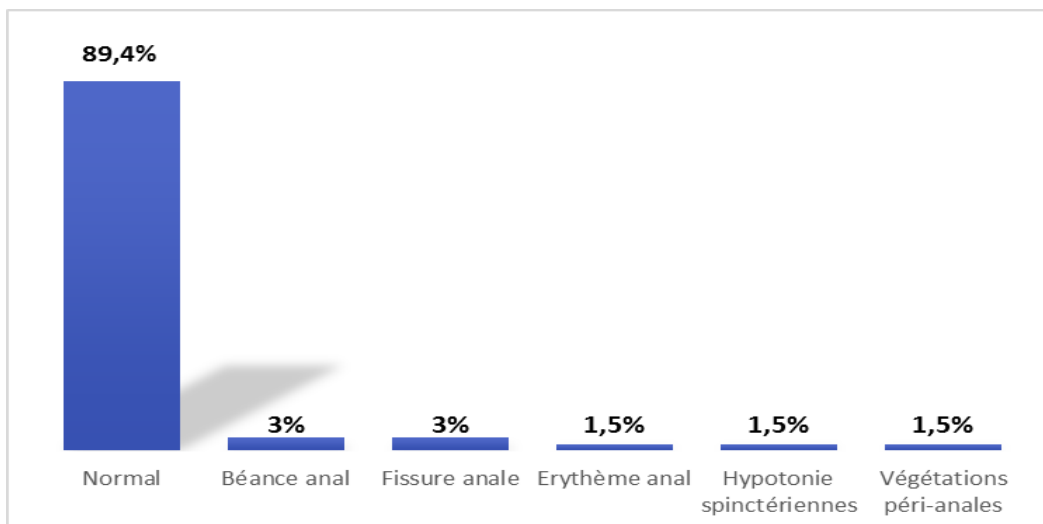


Figure 25 : Distribution selon les lésions anales chez les filles.

2.2 Chez les garçons :

- Lésions anales :

Chez les garçons et sur 45 cas d'agressions sexuelles, les lésions anales ont été trouvées dans 8 cas (soit 17,8%). L'examen était normal dans 37 cas (soit 82,2%).

Les lésions anales trouvées sont : une fissure anale dans 7 cas (soit 15,6%), un érythème anal dans un cas (soit 2,2%). (Figure 26)

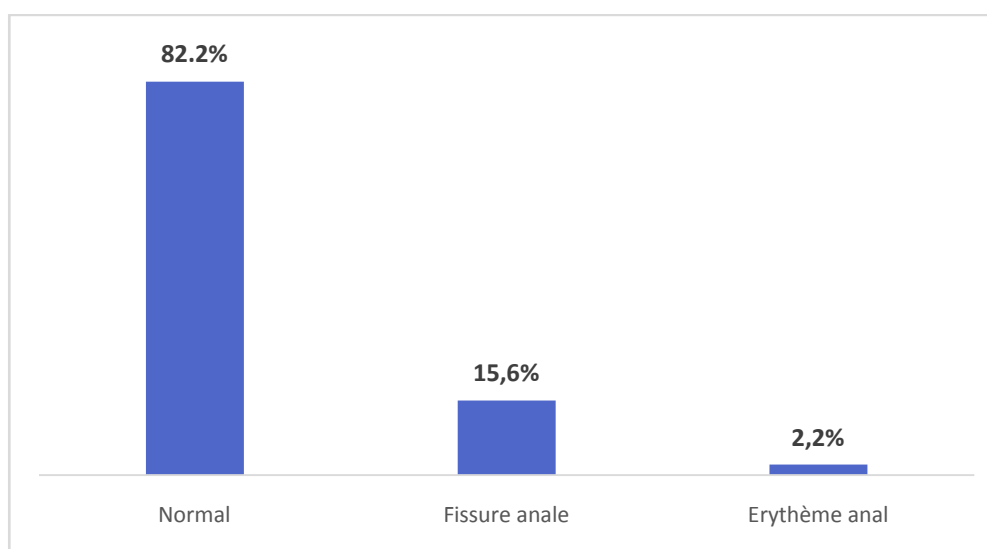


Figure 26 : Distribution selon les lésions anales chez les garçons.

3. ITP (incapacité de travail personnel) :

L'incapacité de travail personnel (ITP) a été déterminée chez 23 victimes d'agression physique.

La durée de l'ITP varie entre 8 jours et 90 jours. Dans 13 cas (soit 56,5%), la durée de l'ITP est supérieure à 20 jours et dans 10 cas (soit 43,5%), la durée est inférieure à 20 jours. (Figure 27)

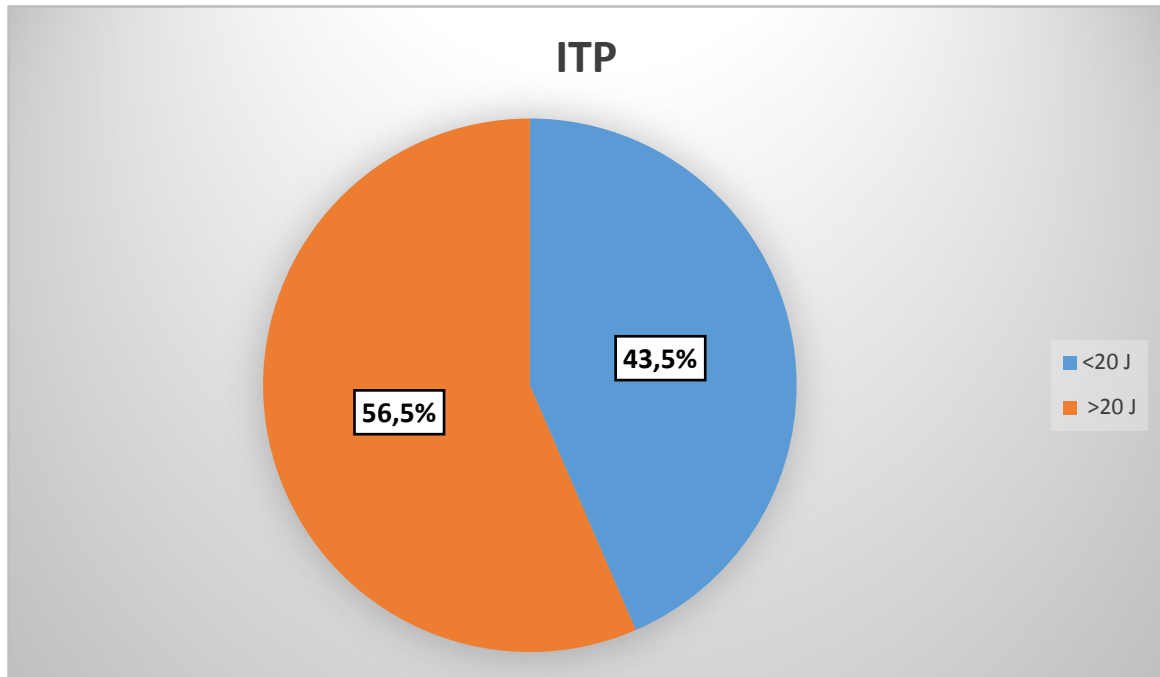


Figure 27 : Distribution selon la durée de l'ITP (n'inclus pas les cas sans ITP).

VIII. Bilan et traitement:

1. Bilan :

1.1. Radiologique :

Au total 10 victimes (soit 7,9%) ont bénéficié d'un bilan radiologique complémentaire.

2 victimes (soit 1,4%) d'une radiologie du squelette entier, une victime (soit 0,7%) d'une radiologie du squelette et une échographie abdominale.

Une échographie abdominale dans un cas (soit 0,7%), une TDM cérébrale dans 6 cas (soit 4,4%), une radio thorax et une TDM thoracique dans un cas (soit 0,7%). (Figure 28)

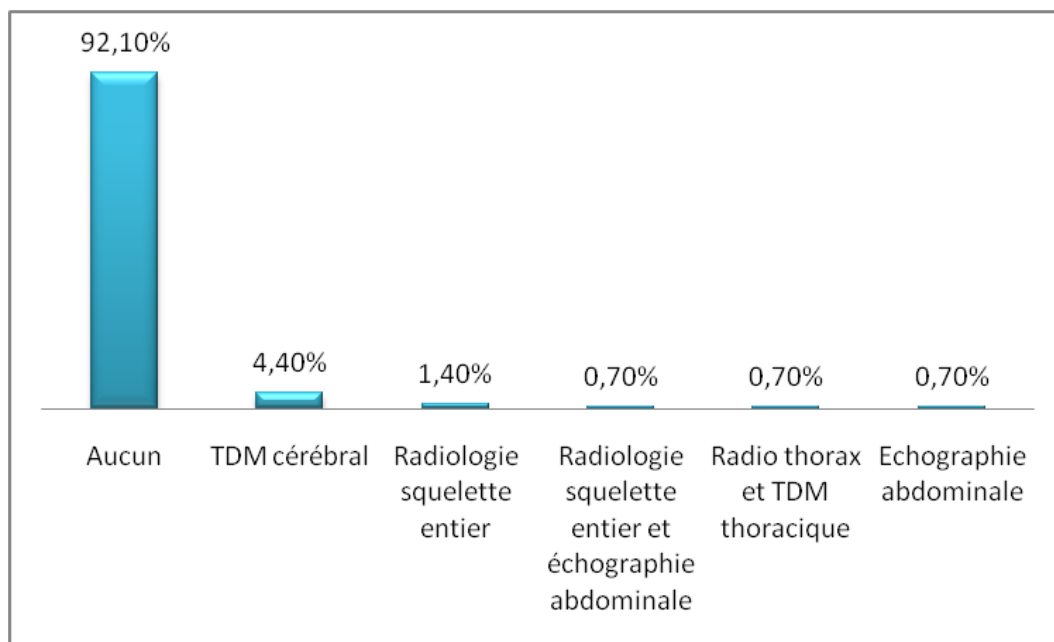


Figure 28 : Distribution selon les bilans radiologiques demandés.

1.2. Biologique :

Au total 18 victimes (soit 12,9%) ont bénéficié d'un bilan biologique.

Une victime (soit 0,7%) un test de bêta-hcg urinaire, 12 victimes (soit 8,6%) du bilan infectieux : test rapide HIV ; TPHA-VDRL ; sérologie hépatite B et C.

Un prélèvement toxicologique dans 1 cas (soit 0,7%) et un écouvillonnage vulvaire /anal dans 4 cas (soit 2,9%). (Figure 29)

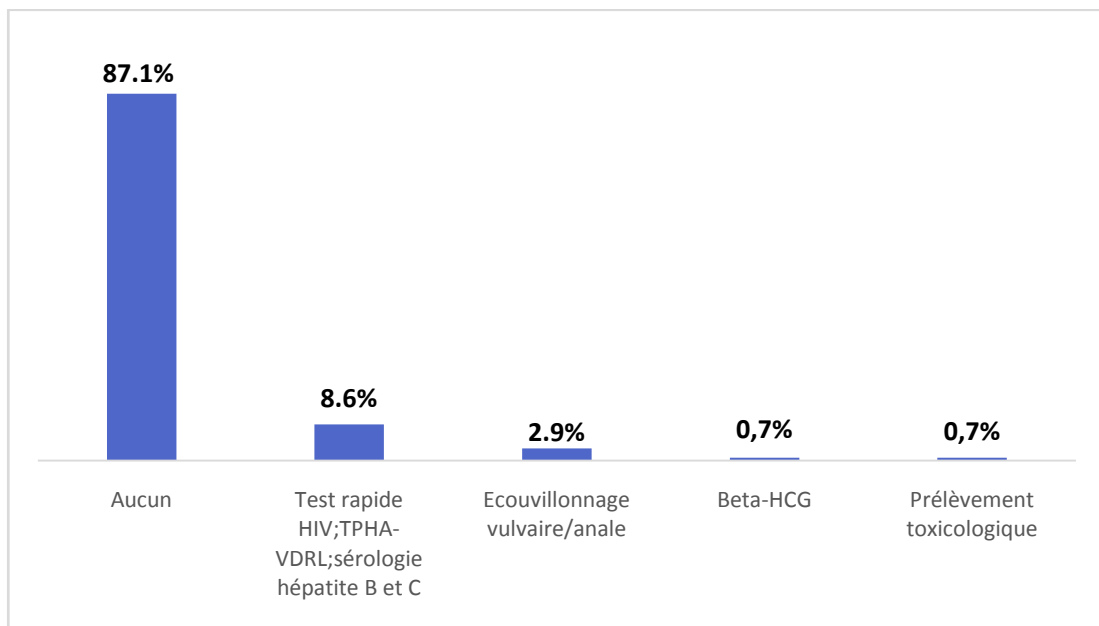


Figure 29 : Distribution selon les bilans biologiques demandés.

2. Traitement

11 victimes (soit 7,9%) ont bénéficié d'un traitement.

8 victimes (soit 5,8 %) ont bénéficié d'une contraception d'urgence et d'une prévention d'IST. 2 victimes (soit 1,4 %) d'une prévention d'IST et une victime (soit 0,7%) d'une vaccination contre hépatite B. (Figure 30)

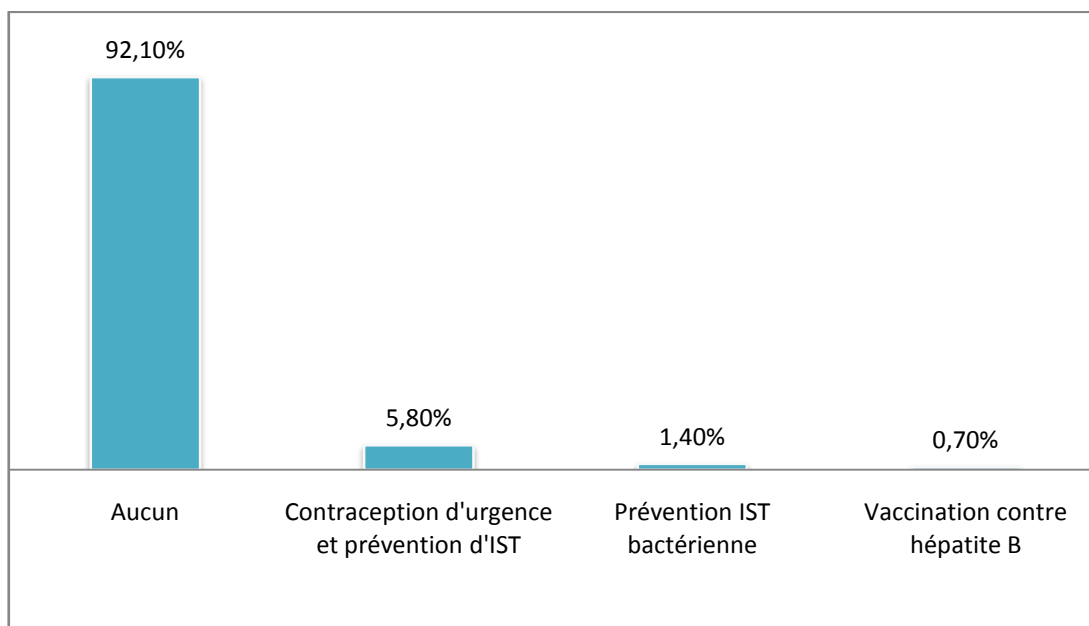


Figure 30 : Distribution selon le traitement proposé.

IX. Orientations des victimes :

1. Personnels de santé :

Un total de 100 victimes (soit 72,46%) a été dirigées vers un ou plusieurs spécialistes pour compléter leur prise en charge, notamment des chirurgiens pédiatres, des pédiatres, des ophtalmologues, des chirurgiens plasticiens et des neurochirurgiens.

Une attention particulière a été accordée à la consultation de pédopsychiatres, étant donné que 82% des victimes ont été dirigées vers ce spécialiste. Cette orientation a été choisie pour apporter une aide spécialisée visant à aider les victimes à surmonter les traumatismes psychologiques causés par les actes de violence subis. (Figure 31)

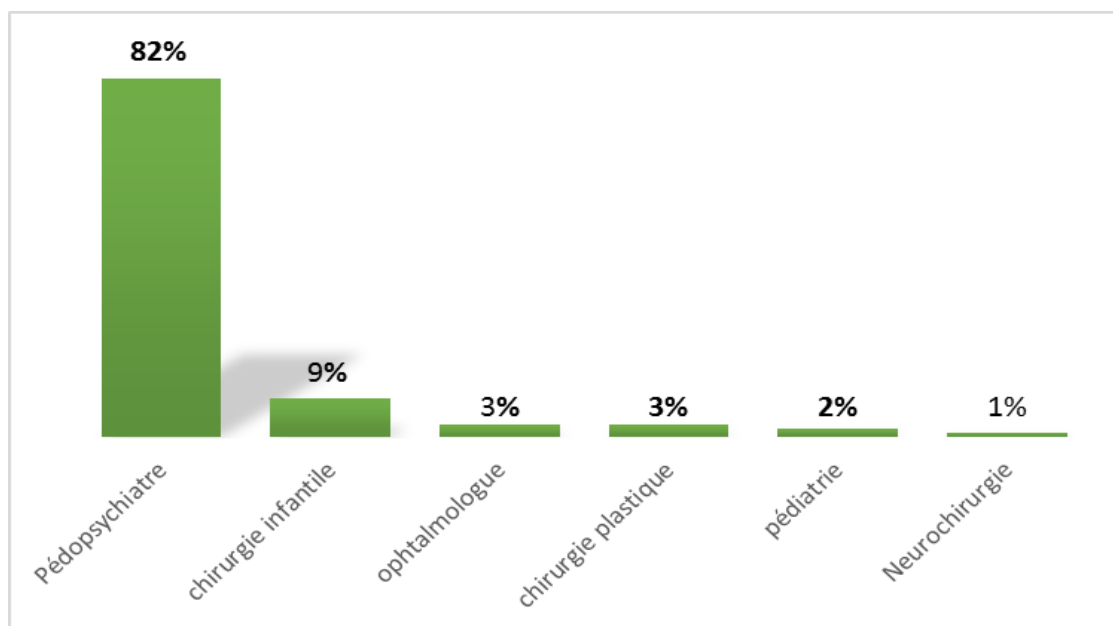


Figure 31 : Distribution selon les différentes spécialités sollicitées. (N'inclus pas les victimes non orientées vers un spécialiste)

2. Autorités judiciaires :

Sur un total de 138 victimes, 31 ont été consultées sur ordre de réquisition judiciaire afin de compléter leurs procédures médico-légales, et un certificat médico-légal a été remis à l'autorité requérante.

Les 107 autres victimes ont consulté de manière libre, et un certificat médico-légal a été remis au tuteur légal pour servir et valoir ce que de droit.

Parmi ces dernières, 38 victimes (soit 35,51%) ont été orientées vers les autorités judiciaires auprès du procureur du roi pour signalement.



DISCUSSION



I. Définitions générales :

➤ **Définition de l'enfant :**

- "L'enfant" se définit par l'âge légal qui diffère selon les pays. Au Maroc on entend par enfant tout être humain âgé de moins de 18 ans.(8)
- Selon la convention internationale des droits de l'enfant (premier article), un enfant s'entend de 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. (2)

➤ **Définition de la violence :**

L'utilisation intentionnelle ou la menace d'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté peut causer ou risque fortement de causer des traumatismes, des décès, des préjudices moraux, un mauvais développement ou des carences. (3)

Définition de l'observatoire national des droits de l'enfant (ONDE) :

➤ **Maltraitance à enfant :(9)**

La maltraitance envers les enfants regroupe différents actes violents ou répétés qui peuvent avoir un impact négatif sur leur bien-être général et compromettre leur développement physique et psychologique.

Cela inclut les formes de maltraitance telles que :

- Sévices physiques
- Sévices par négligence ou carence de soins
- Sévices psychologiques
- Abus ou sévices sexuels
- Sévices par procuration ou « syndrome de Münchhausen par

- Procuration » (SMPP).
- Notion « de mineurs en danger » :
- **L'Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée (O.D.A.S) distingue deux types d'enfants en danger :**
 - l'enfant maltraité et l'enfant en risque. L'enfant maltraité est défini comme étant tout enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques ou de négligences graves qui affectent son développement physique et psychologique.
 - L'enfant en risque, quant à lui, est défini comme étant tout enfant qui vit dans des conditions qui peuvent mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité ou son éducation, c'est-à-dire qui peuvent le rendre vulnérable à la maltraitance sans pour autant l'être actuellement.

II. Types de violences :

L'OMS définit 4 types de violences faites à l'égard des enfants :

- La violence physique.
- La violence sexuelle.
- La violence psychique.
- La négligence.

1. Violence physique :

1.1 Définition :

Tout acte ou absence d'action de la part des parents, des soignants ou de tout autre individu qui peut entraîner ou causer une blessure chez un enfant, est considéré comme de la maltraitance.

Cela peut inclure des coups qui causent des contusions, des coups de poing ou de pied, des coups avec un objet, des morsures, des brûlures ou d'autres gestes violents tels que battre, pousser ou secouer l'enfant.

Ces gestes peuvent être considérés comme des punitions ou des disciplines excessives. Le fait de ne pas prendre les mesures nécessaires pour prévenir une situation qui peut entraîner une blessure est également considéré comme une omission.(10)

1.2 signes d'appels : (11) (12) (13) (14) (15)

Ecchymoses : représentent les manifestations les plus courantes de la violence physique subie par les enfants. Elles se trouvent généralement sur les zones de peau extérieures qui sont exposées en cas de chute ou de choc. Il est important de faire attention à de multiples ecchymoses d'âges différents, qui peuvent être très suggestives de sévices physiques. De plus, les ecchymoses situées sur des zones de peau habituellement cachées, telles que les parties internes des bras , des jambes et le cou peuvent également être suspectes. Les ecchymoses qui présentent l'empreinte d'un objet ou d'un doigt sont particulièrement suspectes d'être causées par une violence intentionnelle.

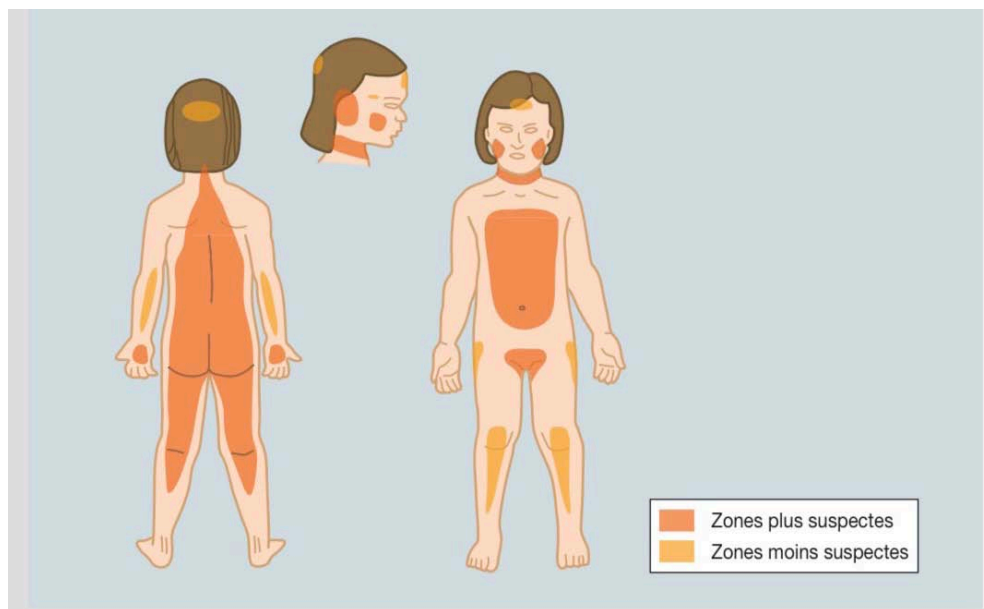


Figure 32 : La figure illustre les localisations suspectes des lésions cutanées.(16)

Plaies : Des blessures telles que des écorchures sur le cuir chevelu ou les sourcils peuvent être accidentelles. Cependant, d'autres blessures, telles que des érosions circulaires autour du cou et sur les poignets (liées à des entraves), ne peuvent pas être accidentelles. De plus, les lésions de la muqueuse buccale causées par l'insertion forcée d'ustensiles tels que des cuillères ou des fourchettes dans le cadre d'une alimentation forcée peuvent également indiquer des mauvais traitements. Il est important de surveiller ces types de blessures.

Brûlures : Les brûlures causées par le contact avec un objet chaud ou un liquide bouillant ont souvent des bords et une profondeur inégale. Cependant, les brûlures avec des bords nets et sans éclaboussures (comme celles causées par immersion dans l'eau chaude ou des brûlures de cigarette bien rondes) sont plus susceptibles d'être causées par une agression intentionnelle et se trouvent souvent sur des zones généralement protégées par des vêtements (tels que les fesses ou le périnée). Les brûlures circonférentielles causées par le frottement aux poignets ou aux chevilles ne peuvent pas être attribuées à des vêtements ou des accessoires trop serrés, mais plutôt à une contrainte physique.

Morsures : Les morsures chez les enfants se produisent souvent sur les zones non couvertes et facilement accessibles, et l'espace entre les incisives est inférieur à 3 cm. Cependant, les morsures de plus grande taille suggèrent une blessure causée par un adulte.

Fractures : Tout comme pour les blessures cutanées, les fractures chez les nourrissons qui ne se déplacent pas sont fortement suspectes d'être causées par une forme de violence. La plupart des fractures accidentelles se produisent après l'âge de 5 ans. Certaines fractures ont des types et des localisations spécifiques qui peuvent évoquer une violence physique, telles que les fractures des côtes chez les nourrissons, les fractures métaphysaires avec des arrachements osseux mineurs, les fractures complexes du crâne et les décollements épiphysaires de l'humérus distal et proximal et du fémur.

Toute fracture chez un enfant avant l'âge de la marche doit faire soupçonner un abus physique.

Lésions viscérales : Des symptômes tels que des nausées, des vomissements, des douleurs abdominales chirurgicales et des signes d'hémorragie interne, tels que la pâleur, peuvent être des signaux d'alerte. Si un examen clinique révèle une lésion d'organe plein, comme le foie ou le pancréas, ou d'un viscère creux et que les circonstances entourant la lésion ne sont pas claires ou que le mécanisme de survenue ne correspond pas à la gravité de la lésion, il peut s'agir d'un cas de maltraitance.

Lésions du système nerveux central : très fréquentes, elles sont graves pouvant entraîner la mort de l'enfant. Elles comportent : hématome sous-dural, hémorragie rétinienne, hémorragie intracrânienne....



Figure 33 : La figure illustre : Une ecchymose rétro-auriculaire : L'emplacement de cette ecchymose fait craindre des abus physiques.(17)



Figure 34 : La figure illustre une blessure structurée sur un enfant frappé par un interrupteur.(17)



Figure 35 : La figure illustre des ecchymoses sur la partie supérieure du bras d'une fillette de huit ans apparues suite à une prise excessivement ferme.(12)



Figure 36 : La figure illustre une fillette de deux ans qui a subi une brûlure grave causée par une immersion forcée dans de l'eau bouillante. La brûlure est profonde et étendue sur une zone bien délimitée avec des marques visibles qui suivent les plis de flexion du cou, donnant un aspect zébré. (12)



Figure 37 : La figure illustre une fillette de deux ans qui a subi un arrachement de l'ongle du gros orteil et a également été brûlée par immersion forcée. (12)

1.3 Particularités :

a. Syndrome de silverman

Le syndrome de Silverman est caractérisé par la présence de fractures multiples à des âges différents, souvent négligées, chez un enfant victime de violences physiques, de sévices psychologiques, de négligences ou d'abus sexuels de la part de ses parents ou d'adultes ayant autorité sur lui. Les conséquences de ces actes peuvent être graves pour le développement physique et psychique de l'enfant. Le diagnostic du syndrome de Silverman peut être difficile à établir, car les auteurs de maltraitance ne confessent rarement leur comportement et les victimes peuvent ne pas parler de ce qui leur est arrivé.(18)

Lors de l'examen d'un enfant souffrant de traumatismes, il est important que l'orthopédiste pédiatre soit conscient de la possibilité d'une maltraitance. Il est recommandé de réaliser des radiographies du corps entier de manière systématique pour tout nourrisson admis pour un traumatisme grave du squelette ou suspecté de maltraitance. Bien que la maltraitance puisse survenir à tout âge, les enfants les plus fréquemment touchés ont souvent moins de 3 ans.(19)



Figure 38 : La figure illustre une réaction périostée, au niveau de l'humérus droit.(20)



Figure 39 : Radiographie du corps entier montrant des multiples fractures osseuses au niveau des membres et des côtes, d'âges différents.(21)

Le syndrome de Silverman est probablement sous-estimé en Afrique à cause de considérations liées à nos coutumes. Il est important de le suspecter systématiquement chez les jeunes enfants présentant une fracture et de réaliser une exploration radiologique plus approfondie pour éviter les conséquences sur leur développement physique et psychique.(19)

b. Syndrome de l'enfant secoué :

Le syndrome du bébé secoué (SBS) fait partie des traumatismes crâniens intentionnels ou traumatismes crâniens non accidentels (TCNA) et se caractérise par des secousses violentes qui causent des dommages au cerveau. Elles sont souvent causées par la prise manuelle du thorax du bébé sous les aisselles. Les décélérations brutales de la tête entraînent un ballonnement du cerveau dans la boîte crânienne et la rupture des veines ponts à la convexité. Le SBS se produit le plus souvent chez des nourrissons de moins de 1 an, et dans 2/3 des cas chez des nourrissons de moins de 6 mois.(22)

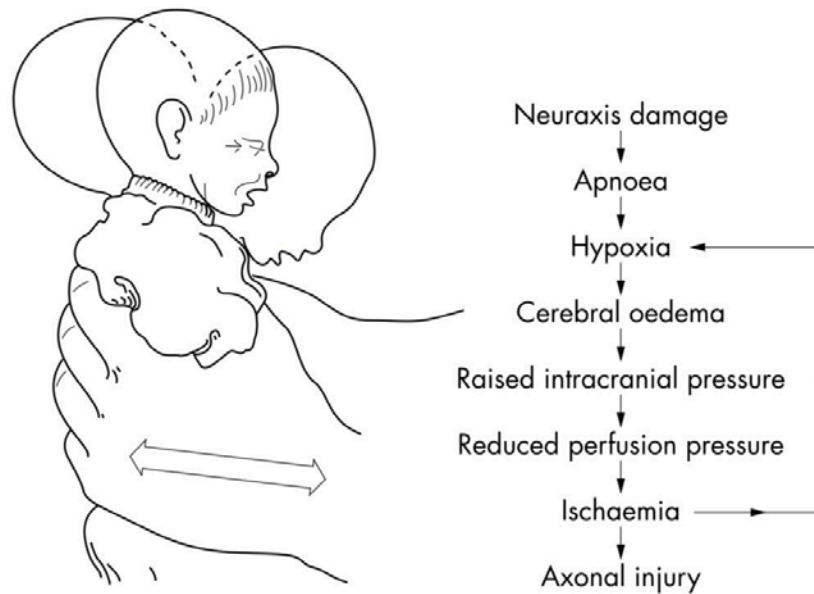


Figure 40 : La figure illustre la Séquence des événements à l'origine des lésions

Cérébrales dans le syndrome du bébé secoué.(23)

Signes et symptômes initiaux :(24)

➤ Signes non spécifiques :

- Modifications du comportement de l'enfant : pleurs, geignement, irritabilité, troubles du sommeil, problèmes alimentaires, moins de souriant.
- Vomissement
- Pauses respiratoires
- Pâleur ;
- Apparence douloureuse du bébé

➤ Certains signes sont alarmants et nous oriente vers une atteinte neurologique grave:

- Convulsions
- Malaise grave (trouble de la conscience, pause respiratoire, bradycardie)
- Trouble de la vigilance allant jusqu'à la perte de conscience (coma).

Les aspects médico-légaux de la violence a l'égard des enfants.

- Signes d'HTIC (hypertension intracrânienne)
- Dans les situations les plus graves, l'enfant est retrouvé décédé.
- Facteurs de risque :(25) (26)
- Sexe masculin
- Enfants nés prématurés ou enfants issus de grossesses multiples
- Auteur présumé : père +++ ou compagnon de la mère
- Jeune âge des parents
- Habitudes toxiques des parents
- Violences familiales
- Isolement social et familial des parents

Examen clinique :(27) (22)

Il est essentiel de procéder à un examen approfondi d'un nourrisson dévêtu qui doit inclure les éléments suivants :

- Palpation de la fontanelle
- Mensuration du périmètre crânien
- La recherche d'ecchymoses sur le corps entier, y compris sur le cuir chevelu.
- La recherche d'autres signes associés tels que : les troubles de la vigilance, hypotonie, vomissements, convulsions, anomalies de la courbe du périmètre crânien, lésions cutanées voire fractures.

Le médecin doit systématiquement rechercher certains signes lors de l'anamnèse, car celles-ci peuvent évoquer le syndrome du bébé secoué :

- Un retard de recours aux soins médicaux.

- Des explications des symptômes incohérents avec le tableau clinique ou le stade de développement de l'enfant, ou qui varient en fonction de la personne interrogée.
- Une histoire de traumatisme crânien mineur qui ne semble pas justifier la gravité des manifestations cliniques et des lésions observées.
- Une attitude minimisant les symptômes de l'enfant de la part de l'adulte.
- Des pleurs incessants difficiles à calmer, qui ont conduit ou non à des consultations médicales antérieures.
- Une histoire de mort(s) inexplicquée(s) dans la fratrie.
- Examens complémentaires :(27)
- Scanner cérébral : Le scanner est l'examen de choix en cas d'urgence, car il est sensible pour détecter les lésions hémorragiques (notamment les hémorragies sous-durales), les hémorragies sous-arachnoïdiennes et, plus rarement, les hémorragies dans le parenchyme cérébral, ainsi que l'importance de l'œdème. Si les symptômes persistent malgré un premier scanner normal, une répétition de l'examen peut être réalisée 12 à 24 heures plus tard.

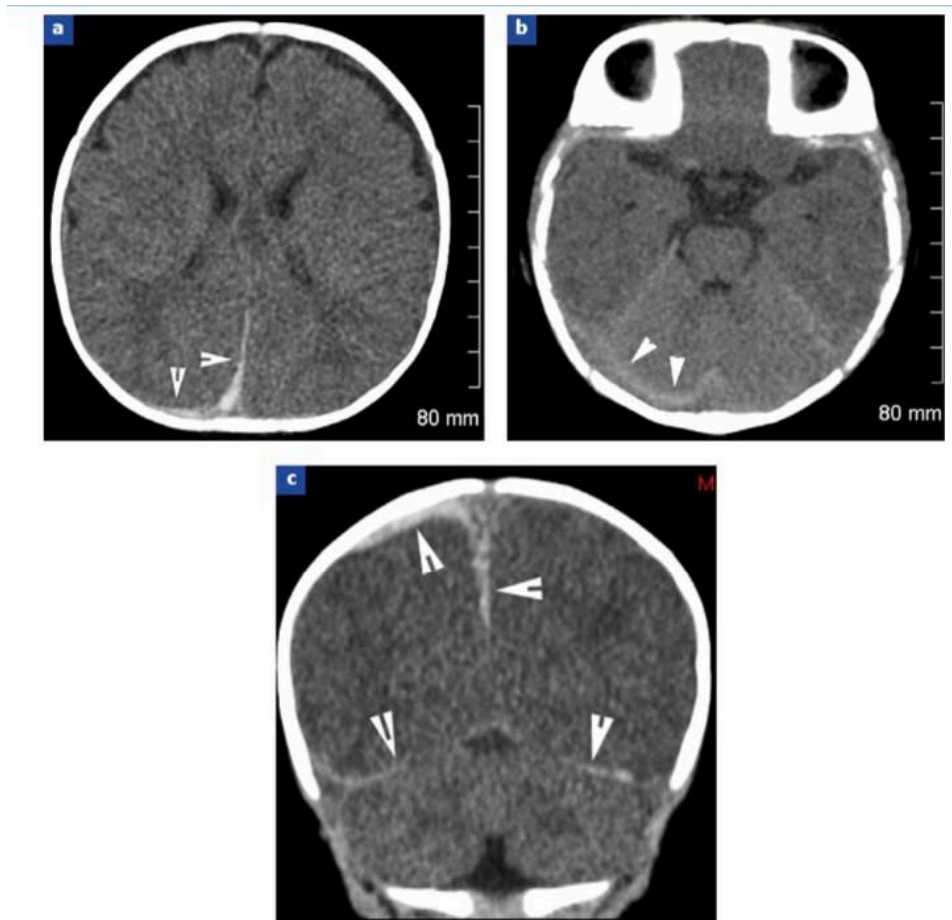


Figure 41 : (a–c) Les images radiologiques montrent des hématomes sous-duraux hyperdenses multifocaux, qui correspondent à l'aspect typique du syndrome du bébé secoué (têtes de flèches). Les images ont été obtenues par scanner sans injection de produit de contraste, avec des coupes axiales (a–b) et une reconstruction frontale (c). Les hématomes sont situés de manière profonde dans l'espace inter-hémisphérique et dans la tente du cervelet, ainsi qu'au vertex, du côté droit.(28)

Examen ophtalmologique : Il est recommandé que l'examen du fond d'œil soit effectué par un ophtalmologiste expérimenté après dilatation, au plus tard dans les 48 à 72 heures suivant les symptômes. Si possible, des photos devraient être prises. Chez les nourrissons de moins de 3 mois, le fond d'œil peut apparaître le plus souvent normal en raison de la résorption plus rapide des hémorragies rétiniennes et/ou des difficultés techniques.(29)

IRM cérébral : L'IRM est un examen diagnostique essentiel pour détecter des lésions qui peuvent ne pas être visibles sur le scanner, telles que de petites hémorragies sous-durales, de l'œdème, des lésions hypoxiques. Sa réalisation dépend de l'état clinique de l'enfant et il est préférable de la réaliser lorsque l'enfant est stable. L'IRM est l'examen privilégié pour effectuer une évaluation complète des lésions du cerveau, qu'elles soient hémorragiques ou non, et elle permet également l'exploration du tronc cérébral, de la moelle épinière et de la région cervicale.

Électroencéphalogramme (EEG) : L'EEG peut révéler une asymétrie de l'amplitude du tracé en cas d'hématome sous-dural unilatéral ou prédominant d'un côté. Il est important de rechercher des anomalies comitiales telles que des foyers de pointes ou de pointes ondes, ainsi que des états de mal infra cliniques, qui ne sont pas rares.

Cet examen peut également fournir des indications sur le pronostic fonctionnel. Dans 1 % des cas, l'EEG ne montre aucune activité (tracé plat).(30)

Radiographies du squelette complet : Il est nécessaire de réaliser systématiquement un examen radiologique complet du squelette en présence d'un hématome sous-dural chez un nourrisson. L'objectif est de détecter des fractures associées, qui sont présentes dans environ un quart des cas. Ces fractures sont situées pour la moitié des cas au niveau des membres ou elles se trouvent au niveau des membres et du thorax.(30)

Bilan sanguin : Il faut systématiquement réaliser un bilan de l'hémostase, bien que les résultats soient rarement anormaux. Des cas de thrombopénie et d'hémophilie ont été signalés.

En revanche, une anémie est quasiment constamment observée et elle est souvent sévère, avec une concentration d'hémoglobine inférieure à 8 g/dl dans la majorité des cas.(30)

Conséquences du syndrome du bébé secoué(25) (26) (31) (32)

- Mortalité : La mortalité globale est en moyenne de 21,6 % selon l'étude de K. Lind et al et varie selon les études entre 10 et 40 %.(32)
- Les symptômes neurologiques tels que : la tétraplégie, l'hémiplégie et l'épilepsie sont souvent observés, ainsi qu'une cassure de la courbe de croissance du périmètre crânien.
- Troubles visuels : cécité, atteinte visuelle sévère
- Troubles comportementaux : syndrome anxieux, syndrome autistique, agitation+++
- Troubles de sommeil
- Retard mental
- Trouble du développement psychomoteur
- Troubles scolaires

c. Syndrome de Münchhausen par procuration :(33)

❖ **Définition** :

Le syndrome de Münchhausen par procuration désigne une maladie dans laquelle un parent, en général la mère, prétend ou provoque des symptômes chez son enfant. Les symptômes présentés par l'enfant peuvent être divers (les plus courants étant les saignements, les convulsions et les apnées), créant des tableaux cliniques trompeurs et conduisant à de nombreuses investigations médicales qui peuvent aggraver la maltraitance.

Il est important d'évoquer cette pathologie devant des symptômes somatiques ou psychiatriques qui ne concorde pas cliniquement, afin de permettre une évaluation et une protection appropriées de l'enfant.

❖ **Diagnostic** :

Le diagnostic du syndrome de Münchhausen est souvent difficile à poser et peut prendre du temps.

En cas de suspicion, l'hospitalisation prolongée de l'enfant est souvent nécessaire car il est difficile d'identifier le trouble.

Pendant l'examen, la mère peut fournir des détails excessifs, répondre à la place de l'enfant, voire même induire de nouveaux symptômes tels que la dyspnée.

En cas de suspicion de syndrome de Münchhausen, la première étape est de mettre en place une équipe pluridisciplinaire pour évaluer les risques pour l'enfant, il est également important d'interroger d'autres membres de la famille, y compris l'autre parent, lors de l'évaluation.

2. Violence sexuelles :

2.1. Définition :

La définition de l'Organisation mondiale de la Santé, établie en 1999, stipule que les violences sexuelles envers les enfants se réfèrent à toute activité sexuelle qui implique un enfant et que l'enfant ne comprend pas complètement et pour laquelle il n'est pas capable de donner un consentement éclairé, ou qui transgresse les lois ou les tabous sociaux. Les agressions sexuelles infligées aux enfants impliquent une relation entre un enfant et un adulte ou un autre enfant chez qui son âge et son développement détiennent une position de confiance, de responsabilité ou de pouvoir, dans le but de satisfaire les besoins de la personne responsable de l'agression.(34)

Cette définition a été élargie en 2011 par l'OMS pour inclure :(35)

- Le fait de forcer ou d'encourager un enfant à s'engager dans une activité sexuelle illégale ou psychologiquement préjudiciable.
- L'exploitation sexuelle des enfants pour des buts financiers
- La participation d'enfants dans la création de contenus sonores ou visuels impliquant des violences sexuelles perpétrées contre des enfants, tels que des enregistrements ou des images.

- Diverses formes d'abus sexuels impliquant des enfants, telles que la prostitution, l'esclavage sexuel, l'exploitation sexuelle dans le cadre des voyages et du tourisme, la traite des enfants à l'intérieur ou entre les pays, la vente d'enfants à des fins sexuelles, ainsi que les mariages forcés.

Selon cette définition, des actes de violence sexuelle peuvent être considérés comme tels, même en l'absence de recours à la force physique. En effet, de nombreux enfants subissent des abus sexuels qui ne sont pas nécessairement accompagnés de violence physique, mais qui sont toutefois psychologiquement intrusifs et traumatisants, et constituent une forme d'exploitation.

2.2. Types de violences sexuelles(36)

L'enfant peut subir une agression sexuelle sous différentes façons :

- Abus sexuel sans contact physique : exhibitionnisme, voyeurisme, langage obscène, utilisation de médias pornographiques en présence d'un enfant.
- Abus sexuel avec contact physique non violent : toucher les parties génitales ou les zones érogènes (caresses, masturbations, attouchements avec pénétration, rapports sexuels complets...)
- Abus sexuel avec violence : entraînant des blessures de gravité variable (viols, exploitation sexuelle à des fins de prostitution ou de pornographie...)
- Comportements inappropriés : comportements sexualisés, ambiance à connotation sexuelle, actes ou gestes incitant l'enfant à avoir des relations sexuelles avec un adulte.

2.3. Signes d'appels :(37)

L'abus sexuel se distingue de l'abus physique en ce que ses conséquences ne sont pas aussi visibles. Le diagnostic de l'abus sexuel ne repose pas sur des signes physiques, mais plutôt sur la communication de la victime. Il convient de suspecter un abus sexuel en présence des éléments suivants :

- Conditions « médicales » (non spécifiques) comprennent :
 - Énurésie secondaire

Les aspects médico-légaux de la violence a l'égard des enfants.

- Encoprésie secondaire
- Perte d'appétit, fluctuations de poids
- Infections urinaires récurrentes
- Symptômes psychosomatiques persistants
- Symptômes touchant respectivement la vulve, le vagin ou l'anus chez la fille, le pénis ou l'anus chez le garçon.
- Comportements particuliers (non spécifiques) incluent :
 - Sommeil perturbés
 - Symptômes d'hystérie de conversion
 - Agressivité
 - Isolement social
 - Craintes excessives
 - Baisse des performances scolaires
 - Humeur changeante
 - Signes de dépression
 - Fugue
 - Automutilation
 - Tentative de suicide
 - Criminalité juvénile
 - Conduite addictive : drogue ou d'alcool
- Comportements sexualisés
 - Pratique excessive de la masturbation

- Comportement de séduction inapproprié ou excessif
- Utilisation de termes ou de comportements sexuels inappropriés pour l'âge ou le contexte
- Préoccupation excessive envers des sujets sexuels
- Jeux ou activités sexualisés inappropriés pour l'âge
- Représentation des organes sexuels dans des dessins ou des jeux
- Abus sexuel commis sur un enfant plus jeune
- Pratique de la prostitution
- Comportements lors de l'examen médical
 - Crainte excessive ou refus de se soumettre à un examen anal ou génital
 - Comportement inhabituel ou désinhibé lors d'un examen anal ou génital
 - Crainte injustifiée d'une grossesse ou d'une infection sexuellement transmissible(ITS).

3. Violence psychologique :

3.1. Définition :(38) (39)

La violence psychologique est un comportement d'un parent ou d'une personne en charge d'un enfant qui ne fournit pas un environnement approprié pour favoriser le développement de l'enfant.

La violence psychologique infligée à un enfant peut engendrer des conséquences négatives pour son développement mental et physique, ainsi que sur les plans spirituel, moral et social. Cette forme d'abus peut revêtir diverses formes, telles que la limitation des mouvements, des propos humiliants, accusateurs, menaçants, effroyables, discriminatoires, dégradants, ou encore un rejet ou un traitement hostile.

Ces abus peuvent être commis par un membre de la famille ou en dehors de la famille, et peuvent être associés ou non à des violences physiques ou sexuelles.

3.2. Types de violences psychologiques :(40)

On regroupe habituellement les attitudes et les comportements violents psychologiquement sous 6 catégories :

- **Le rejet actif** qui implique le refus de reconnaître les besoins et les demandes de l'enfant.
- **Le dénigrement** qui vise à diminuer l'estime de soi de l'enfant en le rabaissant et en le critiquant constamment.
- **Le terrorisme** qui crée un climat d'insécurité, de menace et d'imprévisibilité pour l'enfant.
- **L'isolement-confinement** qui coupe l'enfant de ses contacts sociaux habituels et l'amène à se sentir seul et isolé.
- **L'indifférence** qui consiste à ignorer les besoins affectifs de l'enfant.
- **L'exploitation** la corruption qui encourage les comportements antisociaux et déviants chez l'enfant.

Il est souvent difficile de repérer la maltraitance psychologique, même si elle peut avoir des effets aussi graves sur le développement psychoaffectif de l'enfant que les violences physiques.

3.3. Signes d'appels :(40)

- Troubles de comportements : triste, craintif, replié sur lui-même, provocateur.
- Désinvestissement scolaire
- Refus de rentrer à la maison ou les fugues
- Peur des adultes
- Troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie)
- Abus de substances
- Suicide ou tentative de suicide

4. Négligences :

4.1. Définition :(41)

La négligence concerne le défaut de la part d'un parent ou d'un membre de la famille de pourvoir aux besoins fondamentaux des enfants dans un ou plusieurs des secteurs suivants :

- Santé
- L'instruction
- Le développement émotionnel
- L'alimentation
- Le logement et les conditions de vie sûres

Les parents qui négligent leurs enfants ne sont pas nécessairement pauvres. Ils peuvent être tout aussi bien aisés financièrement.

4.2. Signes d'appels :(42)

Lorsqu'un enfant est négligé, il peut présenter des signes physiques tels qu'un état de dénutrition, un aspect négligé, une mauvaise hygiène, un habillement inapproprié, un état de fatigue inexplicé, un retard staturo-pondéral, ou encore une obésité morbide.

III. Épidémiologie :

- Sur le plan international (43)

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), environ la moitié des enfants âgés de 2 à 17 ans dans le monde sont victimes d'une forme de violence chaque année. Près de 300 millions d'enfants âgés de 2 à 4 ans sont régulièrement victimes de châtements corporels par ceux qui s'occupent d'eux.

Au cours du dernier mois, 33% des élèves âgés de 11 à 15 ans ont été victimes de violences de la part de leurs camarades.

Il est estimé qu'environ 120 millions de filles ont été victimes d'une forme de contact sexuel non-consensuel avant l'âge de 20 ans.

On estime qu'environ 15 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans ont été victimes de viols ou d'autres formes d'agression sexuelle à un moment donné de leur vie.(44)

Seulement 1% des adolescentes ayant subi des violences sexuelles ont cherché de l'aide auprès de professionnels.(44)

En moyenne, dans les 28 pays ayant des données disponibles, 90 % des adolescentes ayant subi des rapports sexuels non consentus ont déclaré que l'auteur du premier incident était quelqu'un qu'elles connaissaient. Selon des données provenant de six pays, les amis, les camarades de classe et les partenaires sont parmi les auteurs les plus couramment signalés de violences sexuelles contre les garçons adolescents.(44)

Environ un tiers des enfants sont touchés par la violence affective, tandis qu'un enfant sur quatre vit avec une mère qui est victime de la violence de son partenaire intime.

En 2017, environ 40 150 enfants ont été tués dans le monde, ce qui représente un taux mondial d'homicide de 1,7 pour 100 000 habitants chez les 0-17 ans. Les garçons ont été plus touchés, avec un taux de 2,4 pour 100 000 habitants, soit plus du double de celui des filles (1,1 pour 100 000 habitants).

L'impact de la pandémie de COVID-19 et des mesures prises par les pays pour y répondre ont eu des conséquences importantes sur la fréquence de la violence envers les enfants, et ces effets pourraient se faire sentir à long terme.

Les pays ayant les proportions les plus élevées d'enfants soumis à des châtiments corporels sont le Ghana, la Tunisie, l'Égypte, la République centrafricaine, la Palestine et le Bénin, tandis que les pays ayant les taux les plus faibles de discipline violente envers les enfants sont Cuba, la Serbie, le Panama, le Costa Rica et la Mongolie.

Ces statistiques portent sur les enfants âgés de 1 à 14 ans qui font l'objet de châtiments corporels et/ou d'agression psychologique dans 73 pays. En moyenne, 76,8% des garçons et 73,5% des filles sont victimes de ces violences. Les enfants vivant en milieu urbain sont légèrement plus touchés (75,0%) que ceux vivant en milieu rural (74,6%). En outre, les enfants issus de milieux socio-économiques défavorisés sont les plus touchés (78,3%), tandis que la proportion diminue à 74,3% pour les enfants des milieux les plus aisés.(45)

Une analyse regroupant 22 pays menés par N. Pereda et al a révélé que le taux de prévalence le plus élevé d'abus sexuels sur les enfants est en Afrique (34,4%), principalement représenté par le Maroc, la Tanzanie et l'Afrique du Sud. L'Europe, qui comprend de nombreux pays différents tels que l'Espagne et la Finlande, présente le taux de prévalence le plus faible (9,2%). Enfin, l'Amérique, l'Asie et l'Océanie ont des taux de prévalence compris entre 10,1% et 23,9%.(46)

- Au niveau de l'Afrique

On estime qu'en Afrique, la moitié de la population infantine a subi ou été témoin d'une forme de violence, que ce soit physique, sexuel ou émotionnel.(47)

Le rapport 2020 sur la violence faite aux enfants de l'OMS indique que dans la région africaine, trois garçons sur cinq et une fille sur deux subissent des violences physiques. (48)

En 2017, le nombre de cas d'exploitation sexuelle a atteint 680 concernant les filles et 295 concernant les garçons, en Tunisie. Selon des données qualitatives, les cas de violence physique et sexuelle sur des jeunes filles sont sous-déclarés et bien plus nombreux.(49)

Au Maroc une étude sur l'exploitation sexuelle faite à Marrakech en 2003 révèle la relation directe entre la violence et l'éclatement de la cellule familiale. Prés de deux tiers des jeunes filles prostituées (sur un total de 100 mineurs prostitués) proviennent de familles monoparentales, tandis que 68% des garçons ont signalé avoir subi une maltraitance parentale. (106)

IV. Facteurs de risques ou de vulnérabilité :

1. Facteurs individuels

- Chez l'enfant :(41) (15)
 - L'âge : les violences physiques sont particulièrement dangereuses pour les très jeunes enfants en raison de leur vulnérabilité accrue. L'âge est un facteur clé qui rend ces enfants plus exposés à ce type de violence.
 - Le sexe : les violences sexuelles touchent majoritairement les filles, tandis que les garçons sont plus souvent victimes d'agressions physiques. Le sexe de la personne peut-être un facteur qui influe sur le type de violence subie.
 - L'enfant est victime de rejet ou de discrimination de la part du parent en raison de son sexe, de son apparence, de son tempérament ou de problèmes de santé congénitaux.
 - Il s'agit d'un nourrisson avec des besoins importants tels qu'une naissance prématurée, des pleurs constants, une déficience mentale ou physique, ou une maladie chronique.

Les aspects médico-légaux de la violence a l'égard des enfants.

- Il présente un comportement de pleurs persistants et il est difficile à apaiser ou à réconforter.
- L'enfant présente des caractéristiques physiques, telles que des anomalies faciales, qui effraient le parent et entraînent un rejet.
- Il présente des symptômes de maladie mentale.
- Le parent trouve que certains aspects de la personnalité ou du comportement de l'enfant sont difficiles à gérer, tels que l'hyperactivité ou l'impulsivité.
- Les parents peuvent éprouver des difficultés à s'occuper d'un enfant issu d'une grossesse multiple qui requiert une attention particulière.
- Le parent a d'autres enfants, peut-être rapprochés en âge, qui demandent beaucoup d'attention.
- L'enfant a des conduites que le parent juge dangereuses.
- Des signes de troubles mentaux sont observés chez l'enfant.
- **Chez l'agresseur : (50)**
 - Les comportements addictifs, tels que la consommation excessive d'alcool ou de drogues
 - symptômes de troubles psychiques ou de problèmes de santé mentale.
 - Des antécédents de violence envers autrui
 - Des antécédents de violence ou de maltraitance personnelle ou familiale (transmission intergénérationnelle de la violence)
 - Incompétence dans l'exécution des tâches requises pour s'occuper d'une personne dépendante.
 -

2. Facteurs liés à la famille (41) (51)

Certains facteurs au sein de la famille peuvent augmenter les risques de maltraitance. Cela peut inclure un des parents ou des personnes qui s'occupent de l'enfant :

- Les parents peuvent avoir du mal à former un lien affectif avec leur enfant, en particulier si la grossesse ou l'accouchement ont été difficiles ou si l'enfant ne répond pas aux attentes
- Manque de soutien social
- Pas d'intérêt envers l'enfant
- Les Parents ont été victimes de violence dans leur enfance
- Séparation lors des premiers jours
- Manque de confiance dans leurs compétences parentales
- Adhère à l'idée que les châtiments corporels sont un moyen acceptable de discipliner les enfants, ou les considère comme une méthode efficace
- Séparation/divorce
- Pathologie psychiatrique : dépression, conduite addictive...
- Conditions sociales et familiales : deuil, parents jeunes....
- Difficulté financière

3. Facteurs relationnels(41)

On peut identifier plusieurs facteurs de risque de maltraitance d'enfant liés aux relations familiales, avec des amis, des partenaires intimes et des pairs, parmi lesquels figurent notamment :

- Le parent ne ressent pas de lien émotionnel fort envers l'enfant
- La présence de troubles physiques, mentaux ou de développement chez un membre de la famille peut augmenter les risques de maltraitance de l'enfant.
- La séparation des parents ou la désintégration de la famille peut entraîner des conséquences néfastes pour les enfants et les adultes, telles que des problèmes de santé mentale, de la tristesse, de la solitude, des tensions et des conflits liés à la garde des enfants.
- La présence de violence au sein de la famille, qu'elle soit entre les partenaires éduquant les enfants, entre les enfants eux-mêmes, ou entre un parent et l'enfant, peut augmenter le risque de maltraitance infantile.
- Le manque de lien social peut accroître le risque de maltraitance.
- Le manque de soutien communautaire pour aider les familles en difficulté à surmonter les problèmes de relations.
- La diminution du soutien apporté à l'enfant en raison de l'augmentation de la taille de la famille.
- La discrimination de la famille en raison de facteurs tels que l'ethnie, la nationalité, la religion, le sexe, l'âge, l'orientation sexuelle, le handicap ou le mode de vie.
- Le fait de participer à des activités illégales ou violentes au sein de la communauté

4. Facteurs liés à la communauté et à la société (51)

- Niveau socio-économique bas
- Absence de soutien social
- Inégalité sociale et discrimination
- Normes sociales ne valorisant pas l'enfant
- La tolérance de la société envers les actes de violence et d'exploitation commis à l'encontre des enfants.
- Défaut d'accès aux soins, aux services sociaux

V. Cadre législatif

❖ Les textes internationaux

- La convention relative aux droits de l'enfant(56)

En 1989, il s'est produit un événement exceptionnel. Dans le contexte d'un ordre mondial en mutation, les dirigeants du monde se sont réunis et ont pris un engagement historique envers les enfants de la planète. Ils ont promis à chaque enfant de protéger ses droits et d'en faire une réalité, en adoptant un cadre juridique international appelé la Convention relative aux droits de l'enfant.

Ce traité repose sur une notion profonde : l'idée que les enfants ne sont pas simplement des objets appartenant à leurs parents et à la place desquels les décisions doivent être prises, et que ce ne sont pas non plus seulement des adultes inachevés. Ce sont au contraire des êtres humains et des individus de plein droit. Selon la convention, l'enfance est distincte de l'âge adulte et elle dure jusqu'à l'âge de 18 ans ; c'est un temps spécial, protégé, pendant lequel on doit laisser les enfants grandir, apprendre, jouer, se développer et s'épanouir dans la dignité. Au fil des ans, la convention est devenue le traité relatif aux droits de la personne le plus largement ratifié de l'Histoire et a contribué à transformer la vie des enfants.

La convention comporte 54 articles rapportant que chaque enfant :(56)

- Article 19 :

Les Etats parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié.

Ces mesures de protection doivent comprendre, selon qu'il conviendra, des procédures efficaces pour l'établissement de programmes sociaux visant à fournir l'appui nécessaire à l'enfant et à ceux à qui il est confié, ainsi que pour d'autres formes de prévention, et aux fins d'identification, de rapport, de renvoi, d'enquête, de traitement et de suivi pour les cas de mauvais traitements de l'enfant décrits ci-dessus, et comprendre également, selon qu'il conviendra, des procédures d'intervention judiciaire.

- **Article 34 :**

Les Etats parties s'engagent à protéger l'enfant contre toutes les formes d'exploitation sexuelle et de violence sexuelle. A cette fin, les Etats prennent en particulier toutes les mesures appropriées sur les plans national, bilatéral et multilatéral pour empêcher : < a) Que des enfants ne soient incités ou contraints à se livrer à une activité sexuelle illégale ;

b) Que des enfants ne soient exploités à des fins de prostitution ou autres pratiques sexuelles illégales ;

c) Que des enfants ne soient exploités aux fins de la production de spectacles ou de matériel de caractère pornographique.

- **Article 35 :**

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées sur les plans national, bilatéral et multilatéral pour empêcher l'enlèvement, la vente ou la traite d'enfants à quelque fin que ce soit et sous quelque forme que ce soit.

- **Article 36 :**

Les Etats parties protègent l'enfant contre toutes autres formes d'exploitation préjudiciables à tout aspect de son bien- être.

❖ **La constitution**

Une Constitution est un ensemble de textes juridiques qui définit les institutions de l'État et organise leurs relations. Elle peut aussi rappeler des principes et des droits fondamentaux. Elle constitue la règle la plus élevée de l'ordre juridique.(52)

Suite au référendum du 1er juillet 2011, le Maroc a adopté une nouvelle constitution qui consacre les droits de l'Homme tels que reconnus universellement et stipule la protection de ces droits, en prenant en considération leur universalité et leur indivisibilité.

La constitution marocaine a adopté l'ensemble des droits de l'Homme prévus dans la déclaration universelle des droits de l'Homme, consacré la primauté des conventions internationales ratifiées par le Maroc sur la législation nationale et affirmé l'engagement du Maroc à harmoniser ces législations avec les dispositions de ces conventions.(53)

En effet, le Maroc dispose d'un important arsenal juridique en matière d'enfance, depuis l'introduction de la Moudawana « code de la famille » en 2004 et de l'entrée en vigueur de la Constitution de 2011, qui assure une égale protection juridique et sociale à tous les enfants (art. 32), ainsi que la primauté du droit international.(54)

- **Article 32 de la constitution :(55)**

La famille, fondée sur le lien légal du mariage, est la cellule de base de la société.

L'Etat œuvre à garantir par la loi la protection de la famille sur les plans juridique, social et économique, de manière à garantir son unité, sa stabilité et sa préservation.

Il assure une égale protection juridique et une égale considération sociale et morale à tous les enfants, abstraction faite de leur situation familiale. L'enseignement fondamental est un droit de l'enfant et une obligation de la famille et de l'État.

Il est créé un Conseil consultatif de la famille et de l'enfance.

- **Article 34 de la constitution :**

Les pouvoirs publics élaborent et mettent en œuvre des politiques destinées aux personnes et aux catégories à besoins spécifiques. A cet effet, ils veillent notamment à :

Traiter et prévenir la vulnérabilité de certaines catégories de femmes et de mères, des enfants et des personnes âgées ;

Réhabiliter et intégrer dans la vie sociale et civile les handicapés physiques sensorimoteurs et mentaux et faciliter leur jouissance des droits et libertés reconnus à tous.

- ❖ **Les textes nationaux :**

- ❖ **Code marocain de la famille(57)**

Le 10 octobre 2004 la promulgation de la loi n° 70.03 constituant le code de la famille au Maroc qui a été perçue comme une véritable révolution législative et sociale.

- **Article 19 :**

La capacité matrimoniale s'acquiert, pour le garçon et la fille jouissant de leurs facultés mentales, à dix-huit ans grégoriens révolus. Cette loi n'est pas tranchante du fait que les articles 20 et 21 du même code donnent l'habilité au juge à autoriser le mariage d'une personne mineure avec ou sans consentement.

- **Article 54 :**

Les devoirs des parents à l'égard de leurs enfants sont les suivants :

- Assurer leur protection et veiller sur leur santé depuis la conception jusqu'à l'âge de la majorité ;
- Etablir et préserver leur identité, notamment par le nom, la nationalité et l'inscription à l'état civil ;
- Garantir la filiation, la garde et la pension alimentaire, Conformément aux dispositions du livre III du présent Code ;

Les aspects médico-légaux de la violence a l'égard des enfants.

- Veiller à l'allaitement au sein par la mère dans la mesure du possible ;
- Prendre toutes mesures possibles en vue d'assurer la croissance normale des enfants, en préservant leur intégrité physique et psychologique et en veillant sur leur santé par la prévention et les soins ;
- Assurer leur orientation religieuse et leur inculquer les règles de bonne conduite et les nobles idéaux qui favorisent l'honnêteté dans la parole et l'action et écartent le recours à la violence préjudiciable au corps et à l'esprit, et s'abstenir, en outre, de ce qui est de nature à compromettre les intérêts de l'enfant ;
- Leur assurer l'enseignement et la formation qui leur permettent d'accéder à la vie active et de devenir des membres utiles de la société et créer, pour eux, autant que possible, les conditions adéquates pour poursuivre leurs études selon leurs aptitudes intellectuelles et physiques.

En cas de séparation des époux, les devoirs qui leur incombent sont répartis entre eux, conformément aux dispositions prévues en matière de garde.

En cas de décès de l'un des époux ou des deux, les devoirs précités sont transmis à la personne devant assurer la garde de l'enfant et au représentant légal, dans les limites de la responsabilité dévolue à chacun d'eux.

Outre les droits précités, l'enfant handicapé a droit à une protection spécifique, compte tenu de son état, notamment à un enseignement et à une qualification adaptée à son handicap en vue de faciliter son insertion dans la société.

Il appartient à l'Etat de prendre les mesures nécessaires en vue d'assurer la protection des enfants, de garantir et préserver leurs droits conformément à la loi.

Le ministère public veille au contrôle de l'exécution des dispositions précitées.

❖ **Code pénal marocain :(58)**

Le code pénal est un recueil de règles juridiques qui définissent les infractions (violation de la loi pénale) dans la société et leurs sanctions appropriées.

Le code pénal marocain a conçu plusieurs articles pour faire face à la maltraitance et l'exploitation de l'enfant.

- **Violences physiques :**

- **Article 408 :**

Quiconque volontairement fait des blessures ou porte des coups à un enfant âgé de moins de quinze ans ou l'a volontairement privé d'aliments ou de soins au point de compromettre sa santé, ou commet volontairement sur cet enfant toutes autres violences ou voies de fait à l'exclusion des violences légères, est puni de l'emprisonnement d'un an à trois ans.

- **Article 409 :**

Lorsqu'il est résulté des coups, blessures, violences, voies de fait ou privations visés à l'article précédent, une maladie, une immobilisation ou une incapacité de travail supérieure à vingt jours, ou s'il y a eu préméditation, guet-apens ou usage d'une arme, la peine est l'emprisonnement de deux à cinq ans. Le coupable peut, en outre, être frappé pour cinq ans au moins et dix ans au plus de l'interdiction d'un ou plusieurs des droits mentionnés à l'article 40 du présent code et de l'interdiction de séjour.

- **Article 410 :**

Lorsqu'il est résulté des coups, blessures, violences, voies de fait ou privations visés à l'article 408, une mutilation, amputation, privation de l'usage d'un membre, cécité, perte d'un œil ou autres infirmités permanentes, la peine est la réclusion de dix à vingt ans. Si la mort en est résultée sans intention de la donner, la peine est celle de la réclusion de vingt à trente ans. Si la mort en est résultée, sans intention de la donner, mais par l'effet de pratiques habituelles, la

peine est celle de la réclusion perpétuelle. Si les coups, blessures, violences, voies de fait ou privations ont été pratiqués avec l'intention de provoquer la mort, l'auteur est puni de mort.

- **Article 411 :**

Lorsque le coupable est un ascendant ou toute autre personne ayant autorité sur l'enfant ou ayant sa garde, il est puni :

1° Dans le cas prévu à l'article 408, de l'emprisonnement de deux à cinq ans ;

2° Dans le cas prévu à l'article 409, du double de la peine d'emprisonnement édictée audit article.

Dans les cas prévus aux deux paragraphes précédents le coupable peut, en outre, être frappé pour cinq ans au moins et dix ans au plus de l'interdiction d'un ou plusieurs des droits mentionnés à l'article 40 du présent code et de l'interdiction de séjour.

3° Dans le cas prévu à l'alinéa 1 de l'article 410, de la réclusion de vingt à trente ans ;

4° Dans le cas prévu à l'alinéa 2 de l'article 410, de la réclusion perpétuelle ;

5° Dans les cas prévus aux alinéas 3 et 4 de l'article 410, de la peine de mort.

- ❖ **Violences sexuelles :**

- **Attentas aux mœurs :**

- **Article 483 :**

Quiconque, par son état de nudité volontaire ou par l'obscénité de ses gestes ou de ses actes, commet un outrage public à la pudeur est puni de l'emprisonnement d'un mois à deux ans et d'une amende de 200 à 500 dirhams. L'outrage est considéré comme public dès que le fait qui le constitue a été commis en présence d'un ou plusieurs témoins involontaires ou mineurs de dix-huit ans, ou dans un lieu accessible aux regards du public.

- **Article 484 :**

Est puni de l'emprisonnement de deux à cinq ans, tout attentat à la pudeur consommé ou tenté sans violence, sur la personne d'un mineur de moins de dix-huit ans, d'un incapable, d'un handicapé ou d'une personne connue pour ses capacités mentales faibles, de l'un ou de l'autre sexe.

- **Article 485 :**

Est puni de la réclusion de cinq à dix ans tout attentat à la pudeur consommé ou tenté avec violences contre des personnes de l'un ou de l'autre sexe. Toutefois si le crime a été commis sur la personne d'un enfant de moins de dix-huit ans, d'un incapable, d'un handicapé, ou sur une personne connue pour ses capacités mentales faibles, le coupable est puni de la réclusion de dix à vingt ans.

- **Article 486 :**

Le viol est l'acte par lequel un homme a des relations sexuelles avec une femme contre le gré de celle-ci. Il est puni de la réclusion de cinq à dix ans. Toutefois si le viol a été commis sur la personne d'une mineure de moins de dix-huit ans, d'une incapable, d'une handicapée, d'une personne connue par ses facultés mentales faibles, ou d'une femme enceinte, la peine est la réclusion de dix à vingt ans.

- **Article 487 :**

Si les coupables sont les ascendants de la personne sur laquelle a été commis l'attentat, s'ils sont de ceux qui ont autorité sur elle, s'ils sont ses tuteurs ou ses serviteurs à gages, ou les serviteurs à gages des personnes ci-dessus désignées, s'ils sont fonctionnaires ou ministres d'un culte, ou si le coupable quel qu'il soit, a été aidé dans son attentat par une ou plusieurs personnes, la peine est :

- La réclusion de cinq à dix ans, dans le cas prévu à l'article 484 ;
- La réclusion de dix à vingt ans, dans le cas prévu à l'article 485, alinéa 1 ;

- La réclusion de vingt à trente ans, dans le cas prévu à l'article 485, alinéa 2 ;
- La réclusion de dix à vingt ans, dans le cas prévu à l'article 486, alinéa 1 ;
- La réclusion de vingt à trente ans, dans le cas prévu à l'article 486, alinéa 2.

- **Article 488 :**

Dans le cas prévu aux articles 484 à 487, si la défloration s'en est suivie, la peine est :

- La réclusion de cinq à dix ans, dans le cas prévu à l'article 484 ;
- La réclusion de dix à vingt ans, dans le cas prévu à l'article 485, alinéa 1 ;
- La réclusion de vingt à trente ans, dans le cas prévu à l'article 485, alinéa 2 ;
- La réclusion de dix à vingt ans, dans le cas prévu à l'article 486, alinéa 1 ;
- La réclusion de vingt à trente ans, dans le cas prévu à l'article 486, alinéa 2.
- Toutefois, si le coupable rentre dans la catégorie de ceux énumérés à l'article 487, le maximum de la peine prévue à chacun des alinéas dudit article est toujours encouru

❖ **L'exploitation sexuelle des enfants**

- **Article 497 :**

Quiconque excite, favorise ou facilite la débauche ou la prostitution des mineurs de moins de dix-huit ans, est puni de l'emprisonnement de deux à dix ans et d'une amende de vingt mille à deux cent mille dirhams.

- **Article 498 :**

Est puni de l'emprisonnement de un an à cinq ans et d'une amende de cinq mille à un million de dirhams, à moins que le fait ne constitue une infraction plus grave, quiconque sciemment :

1) D'une manière quelconque, aide, assiste, ou protège la prostitution d'autrui ou le racolage en vue de la prostitution ;

2) Sous une forme quelconque, en connaissance de cause, perçoit une part des produits de la prostitution ou de la débauche d'autrui ou reçoit des subsides d'une personne se livrant habituellement à la prostitution ou à la débauche ;

3) Vit, en connaissance de cause, avec une personne se livrant habituellement à la prostitution ;

4) Embauche, entraîne, livre, protège, même avec son consentement ou exerce une pression sur une personne en vue de la prostitution ou la débauche ou en vue de continuer à exercer la prostitution ou la débauche ;

5) Fait office d'intermédiaire, à un titre quelconque, entre les personnes se livrant à la prostitution ou à la débauche et les individus qui exploitent ou rémunèrent la prostitution ou la débauche d'autrui ;

6) Aide celui qui exploite la prostitution ou la débauche d'autrui à fournir de fausses justifications de ses ressources financières ;

7) Se trouve incapable de justifier la source de ses revenus, considérant son niveau de vie alors qu'il vit avec une personne se livrant habituellement à la prostitution ou à la débauche ou entretenant des relations suspectes avec une ou plusieurs personnes se livrant à la prostitution ou à la débauche ;

8) Entrave les actions de prévention, de contrôle, d'assistance ou de rééducation entreprises par les secteurs, les organismes ou organisations habilités à cet effet vis-à-vis des personnes qui s'adonnent à la prostitution ou à la débauche ou qui y sont exposés

- **Article 499 :**

Les peines édictées à l'article précédent sont portées à l'emprisonnement de deux à dix ans et à une amende de dix mille à deux millions de dirhams lorsque :

1) L'infraction a été commise à l'égard d'un mineur de moins de dix-huit ans ;

2) L'infraction a été commise à l'égard d'une personne dans une situation difficile du fait de son âge, d'une maladie, d'un handicap ou d'une faiblesse physique ou psychique, ou à l'égard une femme enceinte, que sa grossesse soit apparente ou connue par le coupable ;

3) L'infraction a été commise à l'égard de plusieurs personnes ;

4) l'auteur de l'infraction est l'un des époux ou appartient à l'une des catégories énumérées à l'article 487 du présent code ;

5) L'infraction a été provoquée par contrainte, abus d'autorité, ou fraude, ou lorsque des moyens qui permettent de photographier, de filmer ou d'enregistrer ont été utilisés.

6) L'infraction est commise par une personne chargée, du fait de sa fonction, de participer à la lutte contre la prostitution ou la débauche²²⁸, à la protection de la santé et de la jeunesse ou à la maintenance de l'ordre public ;

7) L'auteur de l'infraction était porteur d'une arme apparente ou cachée ;

8) L'infraction a été commise par plusieurs personnes comme auteurs, coauteurs ou complices sans pour autant constituer une bande ;

9) L'infraction a été commise par le biais de messages adressés à travers les moyens de communication soit à un public non déterminé ou à des personnes précises.

- **Article 499-1 :**

Les infractions prévues à l'article 499 ci-dessus sont punies de l'emprisonnement de dix à vingt ans et d'une amende de cent mille à trois millions de dirhams si elles sont commises par une association de malfaiteurs.

- **Article 499-2 :**

Les infractions prévues aux articles 499 et 499-1 sont punies de la réclusion perpétuelle si elles sont commises par la torture ou des actes de barbarie.

❖ **Harcèlement sexuelle :**

• **Article 503-1 :**

Est coupable d'harcèlement sexuel et puni de l'emprisonnement d'un an à trois ans et d'une amende de cinq mille à cinquante mille dirhams, quiconque, en abusant de l'autorité qui lui confère ses fonctions, harcèle autrui en usant d'ordres, de menaces, de contraintes ou de tout autre moyen, dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle.

• **Article 503-1-1 :**

Est coupable de harcèlement sexuel et est puni d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 2.000 à 10.000 dirhams ou de l'une de ces peines, quiconque persiste à harceler autrui dans les cas suivants :

1. Dans les espaces publics ou autres, par des agissements, des paroles, des gestes à caractère sexuel ou à des fins sexuelles ;

2. Par des messages écrits, téléphonique ou électroniques, des enregistrements ou des images à caractère sexuel ou à des fins sexuelles.

La peine est portée au double si l'auteur est collègue de travail ou une personne en charge du maintien de l'ordre et de la sécurité dans les espaces publics ou autres.

• **Article 503-1-2 :**

La peine est l'emprisonnement de trois à cinq ans et d'une amende de 5.000 à 50.000 dirhams, si le harcèlement sexuel est commis par un ascendant, un proche ayant avec la victime un empêchement à mariage, un tuteur, une personne ayant autorité sur la victime ou ayant sa charge ou un kafil ou si la victime est un mineur.

- **Article 503-2 :**

Quiconque provoque, incite ou facilite l'exploitation d'enfants de moins de dix-huit ans dans la pornographie par toute représentation, par quelque moyen que ce soit, d'un acte sexuel réel, simulé ou perçu ou toute représentation des organes sexuels d'un enfant à des fins de nature sexuelle, est puni de l'emprisonnement d'un an à cinq ans et d'une amende de dix mille à un million de dirhams.

La même peine est applicable à quiconque produit, diffuse, publie, importe, exporte, expose, vend ou détient des matières pornographiques similaires.

Ces actes sont punis même si leurs éléments sont commis en dehors du Royaume.

La peine prévue au premier alinéa du présent article est portée au double lorsque l'auteur est l'un des ascendants de l'enfant, une personne chargée de sa protection ou ayant autorité sur lui. La même peine est applicable aux tentatives de ces actes.

Le jugement de condamnation ordonne la confiscation et la destruction des matières pornographiques.

Le tribunal peut ordonner la publication ou l'affichage du jugement. En outre, le jugement peut ordonner, le cas échéant, le retrait de la licence dont le condamné est bénéficiaire. Il peut, également, prononcer la fermeture temporaire ou définitive des locaux.

- ❖ **L'exposition et le délaissement des enfants ou des incapables :**

- **Article 459 :**

Quiconque expose ou délaisse—en un lieu solitaire, un enfant de moins de quinze ans 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 à trois ans.

S'il est résulté de l'exposition ou du délaissement une maladie où incapacité de plus de vingt jours, la peine est l'emprisonnement de deux à cinq 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 à dix ans.

Si l'exposition ou le délaissement a occasionné la mort, la peine est la réclusion de dix à vingt ans.

- **Article 460 :**

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 à cinq ans dans les cas prévus au 1^{er} alinéa de l'article précédent ;
- Est portée au double de celle édictée par l'alinéa 2 de cet article dans le cas prévu audit alinéa ;
- Est la réclusion de dix à vingt ans dans le cas prévu au 3^e alinéa dudit article ;
- Est la réclusion de vingt à trente ans dans le cas prévu au 4^e alinéa dudit article.

- **Article 461 :**

Quiconque expose ou délaisse en un lieu non solitaire, un enfant de moins de quinze ans 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 mois à un an.

S'il est résulté de l'exposition ou du délaissement une maladie ou incapacité de plus de vingt jours, la peine est l'emprisonnement de six mois à deux 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 l'emprisonnement de deux à cinq ans.

Si la mort a été occasionnée, la peine est la réclusion de cinq à dix ans.

- **Article 462 :**

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 six mois à deux ans dans le cas prévu au 1er alinéa de l'article précédent ;
- Est l'emprisonnement d'un à trois ans dans le cas prévu à l'alinéa 2 dudit article ;
- Est portée au double dans le cas prévu à l'alinéa 3 dudit article ;
- Est la réclusion de cinq à vingt ans dans le cas prévu à l'alinéa 4 dudit article.

- **Article 463 :**

Si la mort a été occasionnée avec intention de la provoquer, le coupable est puni, selon les cas, des peines prévues aux articles 392 à 397.

- **Article 465 :**

Quiconque porte à un établissement charitable un enfant de moins de sept ans accomplis qui lui avait été confié pour qu'il en prenne soin ou pour toute autre cause est puni de l'emprisonnement d'un à six mois et d'une amende de 200 à 2.000 dirhams ou de l'une de ces deux peines seulement.

Toutefois, aucune peine n'est encourue si l'auteur de ce délaissement n'était pas tenu ou ne s'était pas obligé de pourvoir gratuitement à la nourriture et à l'entretien de l'enfant et si personne n'y avait pourvu.

- **Article 466 :**

Est puni de l'emprisonnement d'un à six mois et d'une amende de 200 à 5.000 dirhams quiconque dans un esprit de lucre :

- 1° Provoque les parents ou l'un d'eux à abandonner leur enfant né ou à naître ;
- 2° Apporte ou tente d'apporter son entremise pour faire recueillir ou adopter un enfant né ou à naître.

- **Article 467 :**

Est punie de l'emprisonnement d'un à six mois et d'une amende de 200199 à 5.000 dirhams toute personne qui :

1° Fait souscrire ou tente de faire souscrire, par les futurs parents ou l'un d'eux, un acte aux termes duquel ils s'engagent à abandonner un enfant à naître ;

2° Détient un tel acte, ou en fait usage ou tente d'en faire usage.

- **Article 467-1**

Est punie de l'emprisonnement de deux à dix ans et d'une amende de cinq mille à deux millions de dirhams toute personne qui vend ou acquiert un enfant de moins de dix-huit ans.

On entend par vente d'enfants tout acte ou toute transaction faisant intervenir le transfert d'un enfant d'une ou plusieurs personnes à une ou plusieurs autres personnes moyennant contrepartie de quelque nature que ce soit.

La peine prévue au 1^{er} alinéa du présent article est applicable à quiconque :

- Provoque les parents ou l'un d'entre eux, le kafil, le tuteur testamentaire, le tuteur datif, la personne ayant une autorité sur lui ou la personne chargée de sa protection à vendre un enfant de moins de dix-huit ans, porte son assistance à ladite vente ou la facilite ;
- Fait office d'intermédiaire, facilite ou porte assistance à la vente ou à l'achat, par quelque moyen que ce soit d'un enfant de moins de dix-huit ans.

La tentative de ces actes est réprimée de la même peine que celle prévue pour l'infraction consommée.

Le jugement peut prononcer à l'encontre du condamné, la privation d'un ou de plusieurs droits prévus à l'article 40 et l'interdiction de résidence de cinq à dix ans.

- **Article 467-2**

Sans préjudice des peines plus graves, est puni de l'emprisonnement d'un an à trois ans et d'une amende de cinq mille à vingt mille dirhams, quiconque exploite un enfant de moins de

quinze ans pour l'exercice d'un travail forcé, fait office d'intermédiaire, ou provoque cette exploitation.

On entend par travail forcé, au sens de l'alinéa précédent, le fait de contraindre un enfant à exercer un travail interdit par la loi ou à effectuer un travail préjudiciable à sa santé, à sa sûreté, à ses mœurs ou à sa formation.

❖ **L'enlèvement et de la non-représentation des mineurs :**

• **Article 471 :**

Quiconque par violences, menaces ou fraude, enlève ou fait enlever un mineur de dix-huit ans ou l'entraîne, détourne ou déplace, ou le fait entraîner, détourner ou déplacer des lieux où il était mis par ceux à l'autorité ou à la direction desquels il était soumis ou confié, est puni de la réclusion de cinq à dix ans.

• **Article 472 :**

Si le mineur ainsi enlevé ou détourné est âgé de moins de douze ans, la peine est la réclusion de dix à vingt ans.

Toutefois, si le mineur est retrouvé vivant avant qu'ait été rendu le jugement de condamnation, la peine est la réclusion de cinq à dix ans.

• **Article 473 :**

Si le coupable se fait payer ou a eu pour but de se faire payer une rançon par les personnes sous l'autorité ou la surveillance desquelles le mineur était placé, la peine, quelque soit l'âge du mineur, est la réclusion perpétuelle.

Toutefois, si le mineur est retrouvé vivant avant qu'ait été rendu le jugement de condamnation, la peine est la réclusion de dix à vingt ans.

- **Article 474 :**

Dans les cas prévus aux articles 471 à 473, l'enlèvement est puni de mort s'il a été suivi de la mort du mineur.

- **Article 475 :**

Quiconque, sans violences, menaces ou fraudes, enlève ou détourne, ou tente d'enlever ou de détourner, un mineur de moins de dix-huit ans, est puni de l'emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 200 à 500 dirhams.

Lorsqu'une mineure nubile ainsi enlevée ou détournée a épousé son ravisseur, celui-ci ne peut être poursuivi qu'à la suite de la plainte des personnes ayant qualité pour demander l'annulation du mariage et ne peut être condamné qu'après que cette annulation du mariage a été prononcée.

- ❖ **L'abandon de famille :**

- **Article 479 :**

Est puni de l'emprisonnement d'un mois à un an et d'une amende de 200 à 2.000 dirhams ou de l'une de ces deux peines seulement : 1° Le père ou la mère de famille qui abandonne sans motif grave, pendant plus de deux mois, la résidence familiale et se soustrait à tout ou partie des obligations d'ordre moral et matériel résultant de la puissance paternelle, de la tutelle, ou de la garde Le délai de deux mois ne peut être interrompu que par un retour au foyer impliquant la volonté de reprendre définitivement la vie familiale.

2° Le mari qui, sachant sa femme enceinte, l'abandonne volontairement pendant plus de deux mois, sans motif grave.

- **Article 480 :**

Est puni de la même peine, quiconque, au mépris d'une décision de justice définitive ou exécutoire par provision, omet volontairement de verser à l'échéance fixée une pension alimentaire à son conjoint, à ses ascendants ou à ses descendants.

En cas de récidive, la peine de l'emprisonnement est toujours prononcée. La pension alimentaire fixée par le juge doit être fournie à la résidence de celui qui en bénéficie, sauf décision contraire.

- **Article 481 :**

Outre les juridictions normalement compétentes, le tribunal de la résidence de la personne abandonnée ou bénéficiaire de la pension ou expulsée du foyer conjugal, peut connaître des poursuites exercées en vertu des dispositions des articles 479, 480 et 480-1. Les poursuites ne peuvent être exercées que sur plainte de la personne expulsée du foyer conjugal, abandonnée ou bénéficiaire de la pension ou de son représentant légal, avec production du titre invoqué.

Toutefois, elles sont exercées d'office par le ministère public lorsque l'auteur de l'infraction se trouve être ce représentant légal. Elles sont précédées d'une mise en demeure de la personne condamnée au paiement de la pension d'avoir à s'exécuter dans un délai de trente jours.

Cette mise en demeure est effectuée sur instructions du ministère public par un officier de police judiciaire sous forme d'interpellation.

Si la personne condamnée est en fuite ou n'a pas de domicile connu, il en est fait mention par l'officier de police judiciaire et il est passé outre.

- **Article 482 :**

Sont punis de l'emprisonnement d'un mois à un an et d'une amende de 200 à 500 dirhams, que la déchéance de la puissance paternelle soit ou non prononcée à leur égard, les père et mère qui compromettent gravement par de mauvais traitements, par des exemples pernicieux d'ivrognerie ou d'inconduite notoire, par un défaut de soins ou par un manque de direction nécessaire, soit la santé, soit la sécurité, soit la moralité de leurs enfants ou d'un ou plusieurs de ces derniers.

Les coupables peuvent, en outre, être frappés pour cinq ans au moins et dix ans au plus de l'interdiction d'un ou plusieurs des droits mentionnés à l'article 40 du présent code.

VI. Discussion des résultats :

Notre étude porte sur le sujet de la violence à l'égard des enfants qui représente un motif régulier de consultation au sein du service de médecine légale du CHU Mohamed VI de Marrakech. Nous avons analysé 138 dossiers d'enfants victimes de violences afin de déterminer le profil sociodémographique de nos victimes, décrire les caractéristiques de ces violences dans notre contexte afin de réformer et de moderniser la prise en charge des victimes de violences.

1. Modalités de consultation :

En cas de violence, la victime peut consulter en médecine légale de deux manières soit spontanément d'elle-même accompagnée par son tuteur légal ou par les services sociaux, soit par le biais d'un médecin qui a suspecté un terrain d'agression pour établir un examen médico-légal.

Soit sur réquisition judiciaire des autorités compétentes, pour ensuite adresser la victime sous leurs ordres pour un avis médico-légal.

Dans notre étude, 77,5% des victimes (soit 107 cas) ont consulté en mode libre, soit de façon spontanée soit adressée par les services hospitaliers ou sociaux. Les 22,5% (soit 31 victimes) ont été reçues sur réquisition judiciaire.

Dans l'étude de C. Raux près de trois quarts (73,9%) des victimes ont consulté sur réquisition judiciaire, cependant 26,1% ont consulté sans demande de la part d'une autorité requérante. Ce pourcentage est largement supérieur à celui trouvé dans notre étude.(59)

Dans l'étude de C. T. Cissé, presque la moitié des victimes 46% (soit 111 cas) ont été reçues sur réquisition judiciaire, ce résultat reste supérieur par rapport à notre étude.(60)

Les aspects médico-légaux de la violence a l'égard des enfants.

Dans l'étude de J. Hiquet, 756 cas (soit 91%) ont été reçus au service sur réquisition judiciaire, ce résultat dépasse largement les résultats de notre étude.(61)

Dans l'étude de Doumbia 74,77 % (soit 80 cas) des victimes sont reçues sur réquisition des officiers de police judiciaire, 4,67% (soit 5 cas) reçus sur ordonnance du juge et 20,56% (soit 22 cas) venue d'elle-même/parents. Encore supérieur au résultat de notre étude.(62)

Dans l'étude de Thimoumi 60% des victimes se sont présentées spontanément en consultation médico-légale alors que 34% sur réquisition judiciaires, les résultats de cette étude concordent avec nos résultats.(63)

Dans notre contexte, nos résultats peuvent être expliqués par la lenteur et la complexité de la procédure policière, et parfois les agents de police orientent les enfants sans aucune réquisition.

Tableau IX : comparaison des modalités de consultations des enfants victimes de maltraitance selon les études.

Auteurs	Lieu	Période d'étude	Réquisition judiciaire
T.cissé et al(60)	Service de gynécologie obstétrique Dakar Sénégal	2006-2009	46%
J.Hiquet et al(61)	Service de médecine légale, bordeaux France	2014-2015	91%
Doumbia et al(62)	Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou Mali	2011-2018	79,44%
Thimoumi (63)	Service de médecine légale CHU Ibn sina rabat	2020-2021	34%
Notre étude	Service de médecine légale CHU Mohamed VI Marrakech	2020-2021	22,5%

2. Délai entre agression et consultation :

Dans notre étude, 58% des victimes (soit 80 cas) ont consulté après un délai de 72 heures, suivie par 21,7% (soit 30 cas) ayant consulté dans un délai entre 24 heures et 72 heures, les 20,3 % restant (soit 28 cas) ont consulté dans un délai inférieur ou égal à 24 heures.

Ces résultats sont similaires à ceux d'autres études :

- Noromalala (64) qui rapporte que 65,12% de victimes ont consulté après 72 heures.
- Abo el wafa (65) qui rapporte que 65,5% (soit 95 cas) ont consulté après un mois et que 27 cas (soit 18,6%) ont consulté entre la première semaine et le premier mois suivant l'agression.
- M. Dupont et al (66) la consultation a eu lieu dans le mois qui suit l'agression dans 67%.
- Attrous (67) 18,2 % ont consulté dans les premières 24 heures suivant l'agression.
- Cependant d'autres études ont montré des résultats différents :
- T. Cissé et al (60) rapporte que la majorité des victimes 176 cas (soit 70%) ont consulté avant 4 jours après l'agression.
- Dombia (62) 40,19 % la consultation a eu lieu le jour même.
- S. Bardaa et al (68) le délai de consultation médico-légale initiale est réalisé dans les premiers 24 heures, dans 36,1%.

Les résultats de notre étude peuvent être expliqués par l'adoption du silence par les victimes dans la majorité des cas, plusieurs raisons peuvent justifier cette non-dénonciation des faits, soit par peur de ne pas être cru ou par le sentiment de honte et la culpabilité, la peur d'être puni par les parents ou d'être stigmatisé par la société, parfois la peur des représailles par l'agresseur. De ce fait les consultations sont faites de façon tardive, jusqu'à ce que des complications apparaissent, ou que l'entourage remarque un changement du comportement de la victime. (69)

Dans les situations où aucun symptôme n'a été aperçu, les victimes peuvent rester silencieuses, et ne pas dévoiler les faits de l'agression qu'après plusieurs années.

3. Données sur la victime

3.1. Répartition selon le sexe :

Dans notre série, 55% (soit 76 cas) sont de sexe féminin supérieur au sexe masculin qui représente 45% (soit 62 cas).

Ceci concorde avec d'autres études qui rapportent la même prédominance féminine : Jellab(70),Thimoumi(63) ,Attrous (67),Gharib (71),Robbana(72),Hauet-wiedemann (73),Mélanie Dupont(74), M Dupont et al (66), N.F Oliveira (75),Abitteboul (76),Almadani(77),M.P. Zambon(78),Ben Soussia (79), S.Bourgou(80).

Par contre, on note une prédominance masculine dans l'étude de B.Alzayed(81).

Tableau X : Comparaison du sexe des victimes selon les études.

Auteurs	Lieu	Période d'étude	Pourcentage d'atteinte féminine	Pourcentage d'atteinte masculine
Jellab(70)	CHU Marrakech	1999–2005	61%	39%
Thimoumi(63)	CHU Rabat	2020–2021	52%	48%
Attrous(67)	Hôpital Rouïba Algérie	2008–2012	76,6%	23,4%
Gharib (71)	CHU IBN ROCHD Casablanca	2015–2017	56%	44%
Robbana (72)	Hôpital razi manouba Tunisie	2008–2011	58%	-
Hauet-wiedemann (73)	CHRU Nancy France	2011–2015	80,4%	19,6%
Mélanie Dupont (74)	Hôpital hôtel dieu paris France	2008–2010	78%	-
M. Dupont (66)	Unité médico-judiciaire hôpital hôtel dieu paris	2008–2011	91%	9%
N.F.oliveira (75)	Ecole supérieur de santé Manaus Brasil	2009–2016	69,3%	30,7%
Abitteboul(76)	Département médecine général Toulouse France	1993–2013	69%	31%
Almadani (77)	Centre de médecine légale Arabie-saoudite	2008–2010	56,3%	43,7%
M.P.zambon(78)	Département de pédiatrie Campinas Brasil	2003–2007	56,72%	43,28%
Ben Soussia(79)	Hôpital universitaire de Monastir Tunisie	2004–2016	58%	-
S.Bourgou(80)	Hôpital mongui-slim de Tunis Tunisie	2013–2019	61,3%	38,7%
B.Alzayed(81)	Centre de médecine légale Riyad Arabie Saoudite	2015–2016	-	72,1%
Notre étude	CHU Marrakech	2020–2021	55%	45%

3.2. Répartition selon l'âge :

Dans notre série, l'âge moyen était de 10,26 ans avec un écart type de 4,94 ans. L'intervalle d'âge était de 3 mois à 18 ans. La moyenne d'âge de notre étude rejoint celle de M. Hauet widemann(73) et K.Gharib(71) qui ont aussi révélé 10 ans comme moyenne d'âge.

Néanmoins elle est supérieure à celle retrouvée dans l'étude de Thimoumi(63), L.Robbana (72), Hiquet (61),S.Bourgou(80), M.P. Zambon (78), Normalala (64) où les moyennes d'âges étaient respectivement 9,73 ans ; 8,7 ans ; 7 ans ; 9,9 ans ; 5,75 ans ; 9,8 ans.

Tableau XI : comparaison selon la moyenne d'âge.

Auteurs	Moyenne d'âge
M. Hauet widemann(73)	10 ans
K.Gharib (71)	10 ans
Thimoumi (63)	9,73 ans
L.Robbana (72)	8,7 ans
Hiquet (61)	7 ans
S.bourgou (80)	9,9 ans
M.P.Zambou(78)	5,75 ans
Normalala (64)	9,8 ans
Notre étude	10,26 ans

Dans notre échantillon, la plus petite victime était âgée de 3 mois, cet âge est inférieur à celui de l'étude de L. Robbana (72) ou la plus petite victime avait 3 ans et 6 mois, l'étude de T. Cissé(60) ou l'âge était à 20 mois et l'étude de Thimoumi(63) ou l'âge minimal était de 2 ans, et supérieur à l'étude de K. Gharib (71) ou l'âge commençait à partir de 1 mois.

Notre étude montre un intervalle entre 10 et 15 ans prédominant à raison de 32,6 % suivie de près par l'intervalle entre 5 et 10 ans qui représente 31,16%.

Ceci dit les enfants ayant un âge entre 5 et 15 ans sont les plus atteints avec un pourcentage de 63,76%. L'étude de k. Gharib (71) montre des résultats proches de notre étude avec une prédominance entre 6 et 16 ans à raison de 60,7 % ,pareil pour l'étude de Ngo Um Meka Esther(83) qui rapporte une prédominance entre 5 et 15 ans à raison de 61,6%.

Les aspects médico-légaux de la violence a l'égard des enfants.

Dans notre étude, les victimes les moins touchées sont situées entre 15 et 18 ans, soit 15,21%, ce qui est inférieur à l'étude de Ngo Um Meka (83) dont le pourcentage entre 15 et 18 ans est 25,6%.

Dans notre étude, il y avait une prédominance féminine dans les intervalles entre 10 et 15 ans et 15 et 18 ans ceci concorde avec l'étude de L.C. da Silva Franzin (84) qui rapporte tout de même une prédominance féminine dans les mêmes intervalles.

Tableau XII : Comparaison selon l'âge des victimes.

Ages	Ngo Um Meka Esther (83)	Notre étude
0 à 5 ans	12,8%	21,01%
5 à 10 ans	31,6%	31,16%
10 à 15 ans	29,7%	32,6%
15 à 18 ans	25,6%	15,21%

3.3. Niveau de scolarité

Dans notre étude, plus des trois quarts des victimes (soit 76,1%) étaient scolarisés ce qui concorde avec l'étude de Thimoumi (63) où 79% des victimes étaient scolarisés et l'étude de L.C. da Silva Franzin (84) où 67,08% étaient scolarisés.

Tableau XIII : Comparaison du niveau de scolarité selon les études.

Niveau de scolarité	Ngo Um Meka Esther (83)	Attrous (67)	Notre étude
Préscolaire	-	7,8%	12,3%
Primaire	53,2%	13,4%	37%
Collège	36,2%	2,8%	23,2%
Lycée	-	-	3,6%
Universitaire	4,3%	0,3%	-
Non scolarisé	6,4%	-	23,9%
Non précisé	-	71%	-

Le pourcentage des enfants non scolarisés de notre série était de 23,9%, ceci dépasse celui de Ngo Um Meka Esther (83).

3.4. Habitudes toxiques(87)(88)

Notre étude a trouvé des habitudes toxiques dans 6 cas (soit 4,3%), à type de tabacs, cannabis, alcools.

Plusieurs recherches et études rapportent que les adultes ayant eu des violences dans leur enfance ont eu recours à des conduites addictives et à des comportements à risque comme la fait de boire de l'alcool, consommer du tabac ou du cannabis....

Une étude d'IREFREA (institut de recherche européen sur les facteurs de risque dans l'enfance et l'adolescence) a lié le fait de la violence subie pendant l'enfance et l'adolescence à la toxicomanie 69% des femmes interviewées ont déclaré avoir subi des violences physiques et 66% des cas concernaient des violences psychologiques et plus de la moitié des femmes ont avoué avoir été victimes d'abus sexuels.

3.5. Terrain de vulnérabilité(87)

Les enfants ont besoin d'un environnement sain, sécurisant pour se développer de manière optimale, tant sur le plan physique que sur le plan émotionnel. Or, il existe plusieurs facteurs de vulnérabilité qui peuvent exposer les enfants davantage à la maltraitance, à l'abus sexuel et à la négligence.

Ces facteurs peuvent inclure :

- Les troubles de comportement et de santé mentale, un handicap physique, moteur et intellectuel....
- Les conditions familiales instables : faible niveau socioéconomique
- Manque de soutien social, tel que les enfants sans abri, les enfants migrants ou les enfants placés en institution, peuvent être plus vulnérables à la violence et à la maltraitance.

Au cours de notre étude, nous avons identifié une vulnérabilité chez 8 des victimes (représentant 5,8% de l'échantillon), incluant 7 cas d'enfants souffrant de handicap mental et une mère en détention. Dans l'étude d'Attrous (67), 2 cas de retard mental ont été recensés, tous les deux associés à la trisomie.

4. Données sur La famille

4.1. Architecture familiale

Dans notre étude, dans 95 cas (soit 68,8%) la famille était unie dans 15,9% (soit 22 cas) les parents étaient divorcés, dans 9 cas (soit 6,5%) la mère était célibataire, dans 5 cas (soit 3,6%) le père était décédé, dans 4 cas (soit 3%) les enfants étaient victimes d'un abandon du foyer familial par un parent et 3 cas (soit 2,2%) étaient des enfants abandonnés soit adoptés ou vivant dans une association.

Dans l'étude de Robbana (72) la moitié des parents des enfants et adolescents étaient divorcés.

L'étude de M. Dupont (66) rapporte que 90% vivent en famille et 10 % sont placées en famille d'accueil ou en foyer éducatif. La moitié des adolescents ont des parents séparés.

L'étude de Bernard-Bonnin et al (87) rapporte que les familles monoparentales étaient les plus nombreuses 53,7%.

L'étude de Ben Soussia (79) montre que 16% des parents des victimes étaient divorcés.

L'étude de K. Gharib (71) rapporte que 20,1% des enfants victimes vivaient une instabilité familiale.

L'étude de Ngo Um Meka Esther (83) rapporte que les familles biparentales étaient de l'ordre de 46,8% et monoparentales dans 36,2% des cas.

Tableau XIV : Comparaison de l'architecture familiale

Architecture familiale	Attrous (67)	Notre étude
Parents mariés	71,4%	68,8%
Parents divorcés	20,8%	15,9%
Décès du père	2,6%	3,6%
Mère célibataire	1,3%	6,5%

Ceci nous amène à conclure que l'instabilité familiale, les situations de divorce des parents et les familles monoparentales sont des facteurs qui prédisposent à la maltraitance des enfants.

4.2. Situation professionnelle des parents

Dans notre étude, dans 121 cas (soit 97,6%), le père avait une activité professionnelle, seulement dans 3 cas (soit 2,4%) seulement le père était au chômage. La mère avait une activité professionnelle dans 30 cas (soit 27%) et dans 100 cas (soit 73%) la mère était au chômage.

Au total dans 30 cas (soit 21,42%) les deux parents avaient une activité professionnelle, alors que dans 3 cas les deux étaient au chômage.

Ceci concorde avec l'étude d'Attrous (67) où le père avait une activité professionnelle dans 97,4%, et était au chômage dans 2,6%. Quant à la mère elle avait une profession dans 29,9%, et elle était au chômage dans 70,1%.

L'étude d'Abitteboul (76) montre une inoccupation professionnelle chez 58,6% des mères et 22,4% des pères.

On peut conclure que le chômage peut causer de la maltraitance en raison de la pénurie de ressources financières, étant donné que la pauvreté et le faible niveau socio-économique sont des facteurs établis de maltraitance.

De plus, le stress au travail et les problèmes financiers peuvent rendre les parents très énervés, ce qui peut déclencher une augmentation de la violence verbale et physique.

Cependant, il est important de souligner que la maltraitance enfantine peut se produire dans des foyers de toutes les situations professionnelles et financières, car elle est le résultat de nombreux facteurs complexes.

4.3. Habitudes toxiques des parents

Les enfants dont les parents sont des toxicomanes peuvent être exposés à un risque considérable de maltraitance.(88)

Dans notre étude, dans 50% des cas, le père avait des habitudes toxiques, tandis que dans les 50% restants il n'avait pas d'habitude toxique. De même, 9,5% des mères avaient des habitudes toxiques, tandis que 90,5% des mères n'en n'avait pas.

L'étude menée par Abitteboul (76) rapporte que l'alcoolisme était présent chez 19% des pères.

L'étude de K.Wells (89) a établi un lien direct entre la toxicomanie et la maltraitance des enfants. Les résultats ont montré que les enfants dont les parents consomment des substances sont 2,7 fois plus à risque d'être victimes de violences et 4,2 fois plus à risque d'être négligés que les enfants dont les parents ne consomment pas.

Les parents qui ont des problèmes d'abus de drogues ou d'alcool peuvent être instables et imprévisibles, ce qui peut entraîner de la peur et de l'incertitude chez l'enfant. De plus, ses parents peuvent dépenser leur argent pour satisfaire leurs besoins en substance au détriment des besoins fondamentaux de leur famille, tels que la nourriture et un foyer stable. Cela peut conduire à des difficultés financières et un manque de moyens pour prendre soin de l'enfant, augmentant ainsi le risque de maltraitance et de négligence.(90)

4.4. Nombre d'enfants dans la fratrie

Il est vrai que la taille de la famille peut parfois contribuer à l'augmentation du risque de violence. Par exemple, les familles nombreuses peuvent être confrontées à des pressions financières et à des niveaux élevés de stress, ce qui peut entraîner des conflits et des tensions au sein de la famille. Les parents peuvent également se sentir dépassés et surchargés par les

responsabilités de soins pour de nombreux enfants, ce qui peut également augmenter le risque de violence domestique notamment l'abus physique.(91) (92)

Néanmoins dans notre étude où 76% des agressions étaient sexuelles, le taux de violence est plus élevé dans les petites familles (2 à 4 personnes) que dans les familles allant de (5 à 7 personnes).

4.5. Rang dans la fratrie

Selon les résultats de notre étude, les aînés semblent être les plus touchés avec un pourcentage de 44,5%. Ce résultat concorde avec l'étude d'Attrous (67), où les aînés ont été touchés dans 40,2%. Cependant, notre pourcentage est supérieur à celui de l'étude d'Abitteboul (76), où les aînés ont été touchés à seulement 25,9%.

5. Données sur l'agresseur

5.1. Sexe

Selon nos résultats, l'agresseur est souvent de sexe masculin. Dans notre étude, cela s'est produit dans 94,8% des cas, soit 128 cas.

Ceci concorde avec l'étude de Thimoumi (63) ; Attrous (67) ; Robbana (72) ; Mélanie. Dupont (74) ; M. Dupont (66) ; Ben Soussia (79) ; Abitteboul (76) où les pourcentages étaient respectivement 99% ; 100% ; 100% ; 98% ; 97% ; 93,5% ; 95%.

Tableau XV : Comparaison du sexe de l'agresseur selon les études.

Auteurs	Pourcentage
Thimoumi (63)	99%
ATTROUS (67)	100%
Robbana (72)	100%
Mélanie.dupont (74)	98%
M. Dupont (66)	97%
Ben Soussia (79)	93,5%
Abitteboul (76)	95%
Notre étude	94,8%

5.2. Nombre d'agresseurs

Dans notre étude sur les violences envers les enfants, nous avons constaté que dans 95,6% des cas (130 cas), il y avait un seul agresseur. Ceci concorde avec les résultats dans les études d'Attrous (67), Thimoumi (63), Dupont (66), et Ngo Um Meka Esther (83).

Tableau XVI : comparaison du nombre d'agresseurs selon les études.

Auteurs	Pourcentage
Attrous (67)	89,6%
Thimoumi (63)	88%
M. Dupont (66)	74%
Ngo.Um.Meka.Esther(83)	93,6%
Notre étude	95,6%

5.3. Lien avec l'agresseur

D'après notre étude, dans 88% des cas, les agresseurs sont des personnes connues de la victime.

Ces résultats sont comparables à ceux d'autres études : Attrous (67) ; Thimoumi (63) ; B. alzayed (81) ; Robbana (72) ; C.T. Cissé (60) ; M. Hauet wiedemann (73) ; Mélanie Dupont (74) ; M. Dupont (66) ; Gharib (71) ; Normalala (64) ; Ngo Um Meka Esther (83) ; O. almadani (77) ; M.P. zambon (78). Où l'agresseur était connu respectivement dans 77,9%, 85%, 65%, 100%, 72,6%, 87,6%, 90%, 66%, 54,2%, 90,58%, 70,2%, 68,6% et 81,8% des cas.

Tableau XVII : Comparaison du lien de la victime avec l'agresseur selon les études.

Auteurs	Agresseur connu	Agresseur inconnu	Total
Attrous (67)	77,9%	22,1%	100%
Thimoumi(63)	85%	14%	99%
B.Alzayed (81)	65%	30%	95%
Robbana (72)	100%	0%	100%
C.T.cissé (60)	72,6%	27,4%	100%
M.Hauet wiedemann (73)	87,6%	12,4%	100%
Mélanie Dupont (74)	90%	10%	100%
M. Dupont(66)	66%	34%	100%
Gharib (71)	54,2%	45,8%	100%
Normalala (64)	90,58%	9,42%	100%
Ngo Um Meka Esther (83)	70,2%	29,8%	100%
O.almadani (77)	68,6%	31,4%	100%
M.P.Zambon (78)	81,8%	18,2%	100%
Notre étude	88%	10%	98%

Tableau XVIII : Comparaison du lien de la victime avec l'agresseur en cas d'agresseur connu.

Auteurs	Intrafamiliale	Voisin	Ami
Attrous (67)	16,7%	18,3%	51,6%
Thimoumi (63)	26%	-	-
C .T. Cissé (60)	54,4%	-	17,8%
M.Hauet.wiedemann (73)	52,8%	-	-
Mélanie Dupont(74)	48%	-	-
Gharib (71)	11,3%	24%	-
Notre étude	27%	25%	18%

Ceci nous amène à conclure qu'il est important d'être prudent et sensé lorsqu'on interagit avec des inconnus, surtout dans des situations potentiellement dangereuses. Cependant, il est à souligner que la majorité des agressions sont perpétrées par des personnes connues de la victime, comme des membres de la famille, des amis, des collègues ou des connaissances. Il est donc important de prendre des précautions raisonnables sans pour autant vivre dans la peur constante d'être agressé par un inconnu.

6. Circonstances de l'agression

6.1. Lieu de l'agression

Dans notre série, l'agression a eu lieu dans plusieurs endroits différents : chez l'agresseur dans 20,1% (soit 27 cas), au domicile de la victime dans 30,6% (soit 41 cas), dans un lieu isolé dans 20,9% (soit 15 cas), dans un lieu public dans 11,2% (soit 15 cas), à l'école dans 4,5% (soit 6 cas), au lieu de travail de l'agresseur dans 9,7% (soit 13 cas), et dans différents endroits dans 4% (soit 4 cas).

Il est à noter que le lieu où l'agression s'est produite le plus fréquemment était le domicile de la victime, dans 30,6% des cas, ce résultat concorde avec plusieurs études : Al. Zayed (81) ; C.T. Cissé (60) ; Normalala (64) ; Ngo Um Meka Esther (83) ; O. almadani (77) ; N.F.de Oliveira (75) qui rapporte respectivement : 52%, 41,1%, 79,76%, 29,8%, 50,6%, 60,1%.

Tableau XIX : Comparaison du lieu d'agression le plus fréquent selon les études.

Auteurs	Lieu : domicile de la victime en pourcentage
Al.zayed (81)	52%
C.T.cissé (60)	41,1%
Normalala (64)	79,76%
Ngo Um Meka Esther (83)	29,8%
O.Almadani (77)	50,6%
N.F.de Oliveira (75)	60,1%
Notre étude	30,6%

Dans l'étude de M. Dupont (66), les agressions étaient plus fréquentes dans les lieux publics avec une proportion de 32% supérieure à notre étude, où les lieux publics ne représentaient que 11,2%. De même, les agressions au domicile de l'agresseur étaient supérieures à notre étude de 31%, par rapport à 20,1%, tandis que les agressions au domicile de la victime étaient inférieures à notre étude et représentaient seulement 13%. Enfin, l'école était le lieu d'agression dans 3%, légèrement inférieur à notre étude où l'école représentait 4,5%.

6.2. Types d'agression

Les types d'agression varient en fonction des pays et sont influencés par plusieurs facteurs. Dans notre contexte, les violences ne sont souvent signalées que si elles ont des conséquences physiques et un impact important. Selon notre étude, les agressions sexuelles représentaient presque trois quarts (76%) des cas, suivies des agressions physiques à hauteur de 18%, tandis que les négligences ne représentaient que 6%.

Tableau XX : Comparaison des types d'agression selon les études.

	B.alzayed (81)	M.P.Zambon (78)	Gharib (71)	Normalala (64)	Jellab (70)	L.Leguay (93)	Notre étude
Violence sexuelle	92%	31,9%	71%	72,41%	48%	55,9%	75,7%
Violence physique	2%	13,4%	28,8%	27,58%	31%	39,4%	17,6%
Violence psychologique	-	2%	-	-	12%	-	-
Négligence	-	33,9%	-	-	9%	-	6,6%

6.3. Violences sexuelles et contraintes associées

Les violences sexuelles envers les jeunes enfants impliquent principalement des attouchements et sont souvent perpétrées sans contrainte. En revanche, les adolescents subissent plus fréquemment des viols, souvent sous la contrainte de menaces verbales, de violences physiques ou, chez les adolescentes, parfois sous la contrainte de la séduction en vue d'un mariage ou d'une offre d'argent.

Les aspects médico-légaux de la violence a l'égard des enfants.

Dans notre échantillon dans 65 des cas, l'agression sexuelle s'est produite dans un contexte de violence ou de séduction dans 61,4% des cas, dont 23 cas (soit 21,7%) de violence physique avec des coups et des blessures, 15 cas (soit 14,2%) sous la menace verbale, 4 cas (soit 3,8%) sous la menace d'une arme blanche, 7 cas (soit 6,6%) de séquestration, 11 cas (soit 10,4%) sous la séduction en vue d'un mariage, 2 cas (soit 1,9%) sous la séduction en vue d'une offre d'argent et 3 cas (soit 2,8%) sous la menace de prise de photos.

On remarque que la violence physique (coups et blessures) était la contrainte la plus fréquente ceci concorde avec l'étude de ben Soussia (79), Ngo Um Meka Esther (83), M. Dupont (66), Thimoumi (63), Attrous (67) et N.F.de Oliveira (75).

Tableau XXI : Comparaison de la contrainte la plus souvent associée aux agressions sexuelles dans notre étude par rapport aux autres études.

Auteurs	Violence physique (coups et blessures en pourcentage)
Ben soussia (79)	26%
Ngo Um Meka Esther (83)	25,5%
M. Dupont (66)	35%
Thimoumi(63)	28%
Attrous (67)	28,6%
N.F de Oliveira (75)	29,7%
Notre étude	21,7%

Selon notre étude, les violences sous menace verbale représentaient 14,2%, un chiffre inférieur à celui rapporté par M. Dupont (66) qui a observé 16%, et l'étude de Ngo Um Meka Esther (83) qui rapportait 57,4% de cas d'agressions sous menace verbale.

La séquestration dans notre étude était de l'ordre de 6,6%, supérieure à l'étude de M. Dupont (66) qui rapportait 3% de cas.

Les menaces par arme blanche dans notre échantillon étaient de 3,8%, un chiffre inférieur à celui rapporté par l'étude de Ngo Um Meka Esther (83) qui observait 10,6%.

6.4. Types d'agression sexuelle

Dans notre étude, les attouchements sexuels seuls ont été rapportés dans 43,69% et les pénétrations dans 48,54%.

Les données indiquent que chez les garçons, environ 51,11% des comportements sexuels étaient des attouchements seuls, tandis qu'environ 40% impliquaient une pénétration anale et 2,22% impliquaient une pénétration oro anale.

Chez les filles, les attouchements seuls représentaient environ 37,93% des comportements sexuels, tandis que la pénétration vaginale seule était signalée dans environ 13,79% des cas. Les comportements sexuels incluant une pénétration anale et des attouchements représentaient environ 12,06% des cas, tandis que la pénétration ano vaginale était signalée dans environ 16,98% des cas et la pénétration oro vaginale ou anale dans environ 5,16% des cas.

Nos résultats sont comparables avec plusieurs études : C.T. Cissé (60), M. Hauet wiedemann (73), M. Dupont (66), Mélanie Dupont (74) et Thimoumi (63).

Tableau XXII : Comparaison du type d'agression sexuelle selon les études.

Auteurs	Pénétrations	Attouchements
C.T.Cissé (60)	61%	39%
M.Hauet wiedemann (73)	52,2%	66,6%
Mélanie Dupont (74)	53%	34%
M. Dupont (66)	79%	13%
Thimoumi (63)	63%	48%
Notre étude	48,54%	43,69%

6.5. Répétition des agressions

La violence envers les enfants est liée à des facteurs individuels, familiaux, sociaux, culturels et communautaires. Si les facteurs de risque pour la violence envers les enfants ne sont pas résolus, les violences peuvent devenir chroniques et se répéter.

Dans notre échantillon, dans 53,8% des cas, l'agression était unique, tandis que dans 46% des cas, il y avait une répétition de l'agression.

Notre résultat est comparable à plusieurs études : Ben Soussia (79), M. Dupont (66), N.F.de Oliveira (75) et L.C. da Silva Franzin (84).

Tableau XXIII : Comparaison de la répétition des agressions selon les études.

Auteurs	Répétition des agressions en pourcentage
Ben soussia (79)	44%
M. Dupont (66)	26%
N.F. de Oliveira (75)	35,8%
L.C.da Silva Franzin (84)	27,2%
Notre étude	45,20%

7. Conséquences médico-légales

7.1 Lésions somatiques

Toutes les agressions physiques ne sont pas nécessairement visibles et peuvent ne pas se manifester sur le plan somatique c'est ce qui est confirmé par notre étude ou l'examen était normal dans 71,4%.

Les lésions ont été identifiées chez 28,26% des victimes, avec une prédominance des ecchymoses à 16,67%. Les écorchures ont été observées chez 3,6% des victimes, tandis que les griffures, brûlures et fractures représentaient chacune 2,17% des cas. Les plaies ne représentaient qu'un faible pourcentage de 1,45%.

Dans notre étude, les ecchymoses étaient le type de blessure le plus fréquent, et ce résultat est cohérent avec l'étude de Majid Aleissa (94) qui a rapporté que les ecchymoses représentaient 16,8% des blessures observées. En revanche, nous avons observé des taux de brûlures et de fractures inférieurs à ceux de l'étude de Majid Aleissa (94), avec respectivement 2,17% et 2,17% contre 10,3% pour les brûlures et 4,17% pour les fractures.

Les études de B. Alzayed (81) et de M. Hauet Wiedemann (73) ont montré un taux d'ecchymoses supérieurs à ceux de notre étude, avec respectivement 64% et 32,7%.

7.2 Lésions sexuelles

Un examen gynécologique normal, ne suffit pas à d'écarter les allégations d'une possible agression sexuelle. Les victimes d'agression sexuelle peuvent ne pas présenter des lésions physiques externes, où ces lésions peuvent ne pas être détectées lors d'un examen gynécologique. Par conséquent, il est important d'écouter attentivement et de prendre au sérieux les allégations des victimes, et de les orienter vers les spécialistes.

Dans notre étude, nous avons découvert des lésions sexuelles chez 33,3% des sujets, tandis que l'examen était normal pour 66,7% des participants.

Ces résultats peuvent être comparés à ceux de l'étude de C.T. Cissé (60), où l'examen était normal pour seulement 34% des sujets.

Dans l'étude de T.C. Cissé (60), il a été constaté que 49% des lésions hyménales étaient anciennes, alors que dans notre étude, la défloration ancienne a été observée chez 21,2% des sujets.

Dans l'étude de M. Hauet Wiedemann (73), 26,3% des sujets présentaient des lésions hyménales, alors que dans notre étude, ce taux était de 33,3%.

Les lésions objectivées au niveau anal ont été observées chez 7,2% des sujets dans l'étude de M. Hauet Wiedemann (73), tandis que dans notre étude, ce taux était légèrement supérieur, à 10,5%.

Enfin, dans l'étude de Ngo Um Meka Esther (83), 68,1% des sujets avaient un examen normal et 31,9% présentaient des lésions, ce qui concorde avec nos résultats.

Chez les garçons les lésions anales ont été retrouvés dans 17,8%, dont une fissure anale dans 15,6% comparables à l'étude de B. Anderson (95) qui rapporte une fissure anale dans 14,9% des cas ce qui concorde avec notre étude.

7.3 ITP (Incapacité de travail personnel) (96) (97)

Dans le contexte d'une agression, l'incapacité de travail personnel peut se référer à l'incapacité d'une victime à effectuer ces activités, où à remplir ses obligations personnelles en raison de la blessure, du traumatisme ou des séquelles physiques et/ou psychologiques résultant de l'agression.

L'incapacité de travail personnel peut être évaluée par des professionnels de la santé pour déterminer le niveau d'invalidité et aider la victime à obtenir des soins médicaux, un soutien psychologique et des indemnités pour compenser les pertes de revenus ou les coûts liés à la réadaptation.

La durée de l'incapacité de travail personnel (ITP) peut être prise en compte par un magistrat lorsqu'il évalue la gravité d'une agression. En effet, l'ITP est une mesure de la période pendant laquelle la victime est incapable d'accomplir les tâches quotidiennes normales en raison de blessures physiques ou psychologiques résultant de l'agression.

Une ITP de longue durée peut indiquer une agression violente ayant causé des dommages importants à la santé de la victime, alors qu'une ITP de courte durée peut indiquer une agression moins violente. Cependant, il est important de noter que la durée de l'ITT ne doit pas être considérée comme l'unique critère pour évaluer la gravité d'une agression, car d'autres facteurs tels que la nature des blessures, les circonstances de l'agression, l'intention de l'agresseur, et les antécédents de la victime doivent également être pris en compte.

La durée de l'ITP varie selon les pays, au Maroc elle est établie à 20 jours comme ça était stipulé dans l'article 400 et 401 du code pénal.

Dans notre étude les violences qui nécessitaient une incapacité du travail personnel supérieur à 20 jours étaient de l'ordre de 56,5%, cependant dans 43,5% la durée était inférieure à 20 jours.

8. Bilan et traitement

8.1. Bilan

Le bilan médico-légal est une étape cruciale et importante pour les victimes d'agressions. Ce bilan est une évaluation médicale complète effectuée par un professionnel de la santé pour documenter les lésions physiques, évaluer les blessures, traiter les infections éventuelles, évaluer les traumatismes et recueillir des preuves pour une éventuelle procédure judiciaire.

Dans notre étude, seules 10 victimes (représentant 7,9%) ont subi des examens radiologiques complémentaires, tels que des radiographies du squelette entier, des échographies abdominales, des tomodensitométries thoraciques et des tomodensitométries cérébrales.

Les bilans biologiques ont été effectués sur 18 des victimes (soit 12,9%), dont un seul (soit 0,7%) a subi un test de bêta-hcg urinaire.

Les bilans infectieux ont été réalisés chez 12 victimes (soit 8,6%), incluant des tests pour le VIH, le TPHA-VDRL et la sérologie de l'hépatite B et C.

Un seul cas (soit 0,7%) a subi un prélèvement toxicologique et quatre cas (soit 2,9%) ont subi un écouvillonnage vulvaire/anal.

Dans l'étude de C.T. Cissé (60), les bilans prescrits étaient nettement supérieurs que ceux de notre étude. Dans 55% des cas, des prélèvements cytologiques ont été effectués, la sérologie VIH a été demandée dans 72% des cas et la sérologie de la syphilis dans 65% des cas.

Dans l'étude de M.P. Zambon (78), les bilans prescrits ont également dépassé ceux de notre étude, avec des demandes de sérologie VIH dans 48,4% des cas, de sérologie de la syphilis dans 44,2% des cas et de sérologie pour les hépatites B et C dans 46,3% des cas.

Dans le cas de notre étude ceci peut être expliqué par les consultations tardives des victimes.

8.2. Traitement

Dans le cadre de notre étude, 11 des victimes (représentant 7,9%) ont reçu un traitement : 8 victimes (soit 5,8%) ont reçu une contraception d'urgence et une prévention contre les IST, 2 victimes ont reçu une prévention contre les IST uniquement et une victime a été vaccinée contre l'hépatite B.

L'étude menée par Ngo Um Meka Esther (83) a révélé que la contraception d'urgence a été prescrite chez 16 victimes (soit 34% des cas), ce qui dépasse nos résultats.

Dans l'étude menée par C.T. Cissé (60), la contraception d'urgence a été prescrite pour 29% des cas et la prévention des IST pour 25% des cas. Ces résultats dépassent à nouveau les nôtres, mais cela peut être expliqué par le fait que les victimes ont consulté tardivement, dépassant ainsi les délais optimaux pour le traitement.

9. Orientation des victimes(98) (99) (100)

Après la consultation médico-légale, le médecin légiste peut guider les victimes pour compléter leur prise en charge en fonction de la nature et de la gravité de la violence, ainsi que de son impact sur l'enfant. Dans tous les cas, la sécurité de l'enfant est une priorité absolue et il est crucial de lui fournir une protection adéquate. Si l'environnement de l'enfant est problématique et prédispose davantage à la violence, les victimes peuvent être orientées vers des centres de protection pour enfants. Selon les résultats de l'examen somatique, les victimes peuvent être dirigées vers plusieurs spécialistes pour une prise en charge adaptée et complète, et certaines lésions peuvent même nécessiter une hospitalisation.

Les conséquences psychologiques pour les enfants victimes de violences physiques, sexuelles, psychologiques ou de négligence sont graves et nécessitent une attention particulière.

Pour cette raison, il est essentiel de travailler en étroite collaboration avec des pédopsychiatres et des psychologues. Ces professionnels sont en mesure de fournir une aide spécialisée pour aider les enfants à surmonter les traumatismes qu'ils ont subis et les soutenir dans leur processus de guérison. Ils peuvent également aider les enfants à exprimer leurs émotions et à développer des mécanismes d'adaptation pour faire face aux difficultés qu'ils rencontrent. En travaillant ensemble, les médecins légistes, les pédopsychiatres et les psychologues peuvent offrir une prise en charge complète pour aider les enfants victimes de violence à se rétablir et à retrouver une vie normale.

Il est important de signaler tout acte de violence envers un enfant aux autorités compétentes pour assurer la protection et la sécurité de l'enfant.

Dans certains cas, les médecins légistes peuvent être tenus de signaler les actes de violence aux autorités appropriées, telles que les services sociaux ou les forces de l'ordre. Cela permet de s'assurer que les enfants sont pris en charge et que des mesures sont prises pour prévenir de futurs actes de violence.

Le signalement peut également déclencher une enquête pour déterminer les causes de la violence et aider à identifier les personnes responsables, qui peuvent être poursuivies en justice.

Le signalement peut être un processus difficile, mais il est crucial pour protéger les enfants et assurer leur bien-être.

Au cours de notre étude, 35,51% des victimes ont été référées aux autorités compétentes pour un signalement.

Dans le cadre de notre étude, 100 victimes (soit 72,46%) ont été référées à plusieurs spécialistes pour une prise en charge complémentaire. Parmi ces victimes, 82% ont été dirigées vers des pédopsychiatres, 9% vers des chirurgiens pédiatres, 3 %vers des ophtalmologues, 3% vers des chirurgiens plastiques, 2% vers des pédiatres et 1 %vers un neurochirurgien.

Dans l'étude d'Attrous (67) 62,3% ont bénéficiés d'une orientation psychologique.

Dans l'étude de T.C. Cissé (60) une prise en charge psychologique a été requise dans 22% des cas.

VII. Les principes médico-légaux de la prise en charge de l'enfant victime de violence

Les enfants victimes de violences ont la possibilité de se présenter au service de médecine légale de manière autonome, en réponse à leurs propres révélations ou en raison de signes somatiques ou comportementaux suspects. Alternativement, ils peuvent être adressés par un pédiatre ou un autre médecin qui suspecte un contexte de violence, ou être orientés par les autorités judiciaires par le biais d'une réquisition d'examen ou d'une demande d'expertise. En cas d'abus sexuel, l'examen médico-légal doit être effectué en urgence, en particulier s'il est effectué dans les 72 heures suivant l'incident.

L'objectif de la prise en charge médico-légale des victimes de maltraitance est d'assurer un accueil complet des victimes, avec un examen clinique complet, une collecte de preuves médico-légales, et la rédaction d'un certificat médical qui rend compte de toutes les constatations du médecin, permettant ainsi aux autorités judiciaires de prendre des décisions éclairées. Cette prise en charge doit être multidisciplinaire, impliquant la coopération entre médecins, psychologues, assistants sociaux et autorités judiciaires, afin d'optimiser la prise en charge et le suivi des victimes et de leur offrir un soutien continu.

1. Accueil (101) (102)

L'accueil de la victime est la première étape de prise en charge.

Lorsqu'un enfant victime de violence se présente pour une consultation médico-légale, il est important de le recevoir avec empathie et bienveillance afin de lui permettre de se sentir en confiance et en sécurité.

Il est également important d'adopter une approche professionnelle et rigoureuse pour mener à bien l'examen clinique et recueillir toutes les preuves médico-légales nécessaires.

Le médecin légiste devrait ainsi expliquer à l'enfant et à son accompagnant les étapes de la consultation et répondre à toutes leurs questions. Il devrait également s'assurer que l'enfant comprend ses droits et les conséquences de l'examen médico-légal.

L'accueil doit répondre aux critères suivants :

- Lieu calme et rassurant
- Eliminer une urgence vitale
- Utiliser des sédatifs si grande agitation, des calmants en cas de douleurs
- Se présenter à l'enfant et le mettre en confiance
- S'entretenir si possible avec l'enfant en dehors de son représentant, une présence féminine est souhaitable.
- Rassurer l'enfant, le mettre à l'aise en abordant avec lui des généralités
- Demander à l'enfant s'il sait la raison de la consultation
- Lui expliquer le déroulement de l'entretien
- Obtenir son consentement ainsi que celui de son représentant

2. Examen clinique

2.1 Entretien et anamnèse avec l'enfant et l'entourage

- **Préparer l'entretien :(102)**

L'objectif est de recueillir un maximum d'informations sur la victime, telles que la raison de sa venue, l'endroit, la date et les lieux des faits, le lien avec l'agresseur et l'orientation (réquisition ou consultation), afin de mieux définir les modalités d'intervention médicale nécessaires.

Dans ce but, il peut être utile d'entendre l'enfant avant de le rencontrer.

Les infirmières de médecine légale jouent un rôle essentiel en s'entretenant avec les victimes avant tout examen médico-légal. Cela facilite une transition progressive de la salle d'attente à la salle d'examen. Les informations recueillies par l'infirmière sont communiquées aux médecins par écrit sur une fiche papier, et éventuellement oralement lors de l'entretien médico-légal où elles sont présentes.

- **Protocole de NICHD** : (National Institute of child health and human development)

C'est une méthodologie d'entretien basée sur des éléments psychologiques liés au développement de l'enfant, ce protocole est conçu pour interroger les enfants âgés de 4 à 12 ans qui ont subi des agressions sexuelles, des violences, des crimes ou qui ont été témoins de tels événements. Ce protocole est principalement destiné aux professionnels tels que les policiers, les gendarmes et les intervenants sociaux, mais on peut l'adapter à toute personne enquêtant autour d'un délit envers les mineurs. Il convient de noter que la méthode du NICHD (103) est l'un des rares protocoles d'entretien avec un enfant victime qui a été validé par la recherche.

Le protocole comprend trois grandes étapes :(104) (105)

- **Phase pré déclarative** :

L'objectif de cette phase est d'établir un climat de confiance avec l'enfant et de lui expliquer les règles qui seront suivies tout au long de l'entretien, sans menace ni pression. On commence par demander à l'enfant quelle est son activité préférée, ce qui permet d'évaluer sa capacité à raconter et son niveau de vocabulaire.

Ensuite, on présente les personnes présentes ainsi que le matériel et le déroulement de l'audition, pour aider l'enfant à se familiariser avec la méthode, on lui propose un exercice consistant à raconter un souvenir récent à l'aide de questions ouvertes.

- **Phase déclarative :**

Cette phase consiste à poser des questions ouvertes pour permettre à l'enfant de raconter ce qui lui est arrivé. Des questions ouvertes sont ensuite posées pour chaque élément du récit, afin de permettre à l'enfant de fournir des informations supplémentaires et d'enrichir son témoignage tel que (où, quand, quoi, comment, avec qui...).

Pour obtenir des précisions, des questions spécifiques peuvent être posées telles que (est-ce que...). Les questions à choix forcé, à plusieurs idées ou commençant par « pourquoi » sont à éviter car elles peuvent être perçues comme des accusations par l'enfant. Il est important de respecter le rythme de l'enfant, de ne pas le submerger de questions et de lui laisser le temps de réfléchir, même si cela implique des silences prolongés.

- **Phase de clôture :**

À la fin de l'entretien, la phase de conclusion donne l'opportunité à l'enfant de s'exprimer davantage s'il le souhaite ou de poser des questions. Il est important de remercier l'enfant pour les informations qu'il a fournies. Enfin, on invite l'enfant à discuter d'un sujet neutre s'il le désire, tel que ce qu'il fera après avoir quitté les lieux.

- **Les différentes règles à adopter avec l'enfant :**

- Demander à l'enfant ce qui s'est passé
- Poser des questions ouvertes et simples et s'assurer de leur compréhension.
- Laisser l'enfant s'exprimer sans l'interrompre.
- Etablir un dialogue adapté à l'âge de l'enfant
- Eviter toute distraction, maintenir le regard, encourager en cas de révélation
- Prendre son temps, ne pas faire presser l'enfant
- Ne pas interpréter, ne pas faire des jugements de valeur, ne pas dénigrer un parent auteur présumé.

- Savoir contrôler ses affects, éviter les projections
- Garder en tête que l'enfant jeune a une perception différente du temps, certains détails peuvent lui échapper.

Il est recommandé que les parents ne soient pas présents lors de l'entretien et de l'examen des enfants car ils peuvent avoir des difficultés à parler de sujets délicats en leur présence, ce qui peut affecter la dynamique familiale. De plus, les enfants pourraient attendre la permission de leurs parents pour s'exprimer, ce qui peut être perçu par des regards échangés, limitant la libération de la parole.(102)

- **L'entretien avec l'entourage :**

Il convient de solliciter les informations suivantes au cours de l'entretien :

- L'architecture familiale
- Le contexte socio-économique et familial de l'enfant, y compris le logement, la profession des parents, leurs habitudes toxiques et leurs antécédents psychiatriques.
- Le déroulement de la grossesse et de l'accouchement
- L'histoire du développement de l'enfant, sa scolarité ainsi que les événements marquants de sa vie, ses antécédents médicaux et chirurgicaux, son statut vaccinal.
- La notion d'hospitalisation ou recours aux services des urgences et leur motif.
- L'histoire des troubles comportementaux : date d'apparition, modes évolutifs, circonstances de survenue.

- **En cas de maltraitance physique :**

Si un traumatisme est le motif de consultation, faire préciser :

- Son auteur et sa relation avec l'enfant
- Mécanisme lésionnel

- Son caractère unique ou répété
- Le retentissement fonctionnel
- Le délai de recours aux soins
- **En cas d'abus sexuel :**
Il faut préciser :
 - Circonstances de l'agression.
 - Déroulement de l'agression.
 - Type d'agression sexuelle (attouchements sexuels, caresses, pénétration sexuelle...).
 - Ejaculations, leur nombre et leur site.
 - Port de préservatif par l'agresseur.
 - Existence de douleurs ou de saignements.
 - Comportement après l'agression : changement de vêtements, toilette intime ou exonération anale.
 - Activité sexuelle antérieure et état de virginité.
 - Douleurs abdominales, pelviennes ou périnéales.
 - Episodes d'infections urinaires ou vulvites non expliqués.
 - Saignement vaginal ou rectal.
 - Enurésie.
 - Comportement sexuelle inapproprié pour l'âge (paroles, gestes, propositions aux autres enfants de jeux érotiques...).

2.2 Examen somatique général (102) (106) (107) (108) (109)

L'objectif de l'examen clinique est double :

- Déterminer les soins médicaux nécessaires pour traiter l'état de santé de l'enfant.
- Recueillir des preuves médico-légales de la violence.

• **Examen générale :**

- Apprécier l'aspect de l'enfant et son état d'hygiène
- Son Développement staturo-pondéral et son état nutritionnel
- Evaluer Son Développement psycho moteur
- Son Attitude général : peur, agitation, apathie, agressivité, débordement affectif pour les étrangers ou conduite d'évitement vis-à-vis des parents.
- Prise des constantes vitales, mesure du poids et de la taille
- Mesurer le périmètre crânien et le stade pubertaire de tanner
- Si suspicion d'une agression sexuelle, il est important d'examiner les vêtements à la recherche de preuves telles que des taches de sperme, des débris ou des objets étrangers.

• **Examen des téguments :**

- Les plaies et écorchures peuvent avoir un aspect polymorphe.
- Les ecchymoses et les hématomes sont évocateurs par leur : multiplicité, leur âge différent et par certaines localisations spécifiques. Par exemple, les zones suivantes peuvent correspondre difficilement à des zones de chutes accidentelles : le tronc, les lombes, les fesses, le visage et le cuir chevelu.
- Les ecchymoses au niveau des zones suivantes : la face interne des cuisses et des bras, les poignets et les chevilles peuvent être liées à des manœuvres d'écartement et de contention lors d'une agression sexuelle

- Les griffures peuvent prendre la forme d'érosions linéaires parallèles ou d'éraflures en coups d'ongle.
- Les brûlures peuvent être causées par divers objets tels que les mégots de cigarettes ou le fer à repasser.
- Les lésions buccales et nasales se présentent fréquemment sous forme d'une plaie du sillon gingival et d'une fracture du cartilage nasal.
- Lors d'une agression sexuelle, il est important de rechercher des pétéchies du palais, des ecchymoses ou des déchirures du frein de la langue pouvant être observées lors des contacts oro-génitaux.
- Arrachement des cheveux l'alopecie peut se présenter sous forme d'une plaque pseudo-péladique ou de zone de raréfaction de la chevelure, qui est due à des arrachements brutaux et répétés des cheveux.
- **Examen du squelette :**
 - Chez le nouveau-né et le nourrisson : Si des douleurs, une incapacité ou une limitation de la mobilisation des membres sont suspectes, il est impératif de procéder systématiquement à une radiographie du squelette car les fractures peuvent être cliniquement latentes.
 - Chez le grand enfant : En cas d'association d'une fracture à d'autres lésions significatives ou de la découverte radiologique de cals osseux, il est important de prendre en considération la possibilité d'une violence.
- **Examen neurologique :**
 - Il est essentiel de réaliser un examen neurologique systématique pour identifier des signes de déficits pouvant être liés à des lésions crânio-cérébrales qui constituent la principale cause de mortalité dans les cas de maltraitance envers les enfants.

- Examen des autres organes :
 - Il est important de procéder à un examen minutieux de tous les organes afin de ne pas manquer les traumatismes à bas bruit qui pourraient ne pas être symptomatique.



Figure 42 : La figure illustre des contusions importantes dans une zone protégée du corps indiquent des signes de maltraitance physique.(110)



Figure 43 : La figure illustre des ecchymoses en motif infligées par une corde. (110)



Figure 44 : La figure illustre une brûlure bien délimitée et symétrique dans la distribution de la chaussette, très évocatrice d'une maltraitance. (111)



Figure 45 : La figure illustre des brûlures par mégots de cigarettes (110)

- Examen génital :

- Chez la fille :

Il y a deux façons d'examiner la fillette :

- La première est la position dorsale dite "de grenouille", où elle est allongée sur le dos, les jambes pliées et les genoux écartés vers l'extérieur, avec les talons près des fesses.
- La seconde est la position genu-pectorale, qui est considérée comme la meilleure position pour ouvrir l'orifice hyménal. Elle consiste à faire mettre la fillette à genoux et les bras étendus en avant, la tête sur le sol. En tirant délicatement les lèvres vers le haut, puis vers le bas, l'orifice hyménal peut être ouvert.



Figure 46 : La figure illustre l'examen gynécologique en position de grenouille. (112)

- **Examen de l'hymen :**

L'écartement des grandes lèvres et leur traction vers le haut puis vers le bas permettent une ouverture large de l'orifice hyménal.

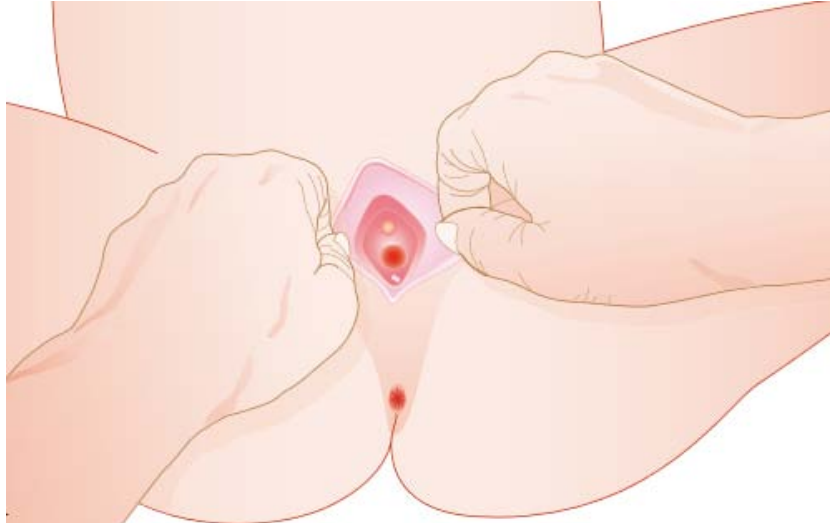


Figure 47 : La figure illustre l'examen de l'hymen par traction labiale(112)

- **Examen de la région vulvaire :**
 - Il est recommandé d'inspecter attentivement les parties génitales telles que les cuisses, le pubis, les grandes et petites lèvres, le clitoris, l'urètre et la fourchette postérieure pour détecter toute indication de traumatisme récent telles que des marques tel que des abrasions, des ecchymoses, des pétéchies, des hématomes, des rougeurs, des lacérations ou des signes de traumatisme chronique tels que l'hypertrophie du clitoris ou de son capuchon, la dépression de la fourchette postérieure, la pigmentation ou l'hypopigmentation.
 - Chez la vierge il faut rechercher les signes d'une défloration récente : déchirures complètes ou incomplètes saignante ou tuméfiée, dans le cas de l'hymen dilatable la déchirure peut manquer après la pénétration.
 - Chez la non vierge il faut rechercher les signes témoignant de l'acte sexuel telle qu'une lésion vulvaire ou vaginale, la présence de sperme dans le vagin.

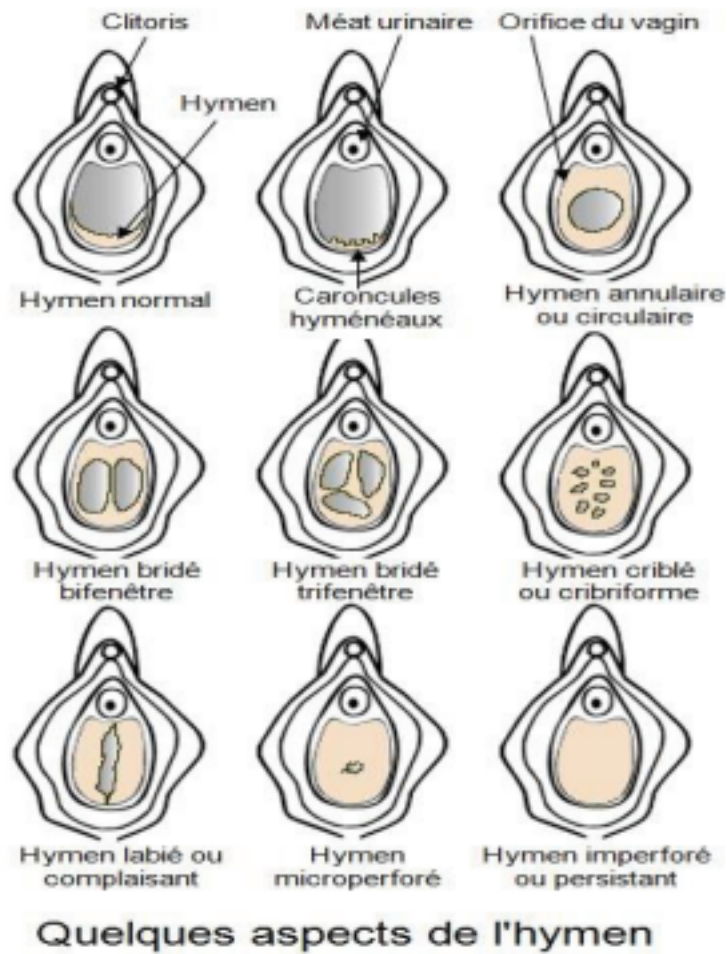


Figure 48 : La figure illustre les différents aspects de l'hymen(113)



Figure 49 : La figure illustre un hymen intact semi lunaire chez une fille de 12 ans.(102)

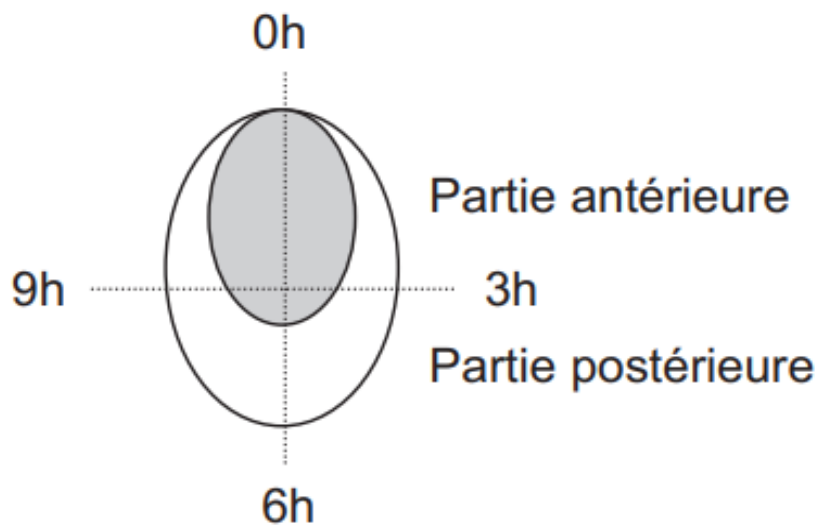


Figure 50 : Localisation des lésions de l'hymen sous forme d'un quadrant horaire.(113)

L'hymen est assimilé à un cadran horaire lorsque l'on examine l'hymen, on peut parfois observer des ouvertures ou des déchirures, qui peuvent être décrites en utilisant la position d'un cadran horaire pour indiquer leur emplacement relatif (par exemple, "une déchirure à 3 heures").

(110)



Figure 51 : La figure illustre une défloration récente datant de moins de 24heures chez une fille de 16 ans. (102)

- **Chez le garçon :**

Il est recommandé de vérifier le pubis, la verge et le scrotum pour détecter toute lésion inhabituelle, bien que ces régions soient généralement peu susceptibles de présenter des blessures telles que des déchirures de l'orifice urétral ou du frein préputial, des saignements, des œdèmes du prépuce ou de l'ensemble du pénis, des hématomes ou des plaies du scrotum.

- **Examen ano-rectal :**

- Examiner systématiquement et minutieusement l'anus et la marge anale, en position gynécologique ou gènupectorale
- Il faut rechercher :
 - Des lésions péri-anales à type d'ecchymoses (empreintes fortes de doigts par exemple),
 - Douleur à la palpation, œdème, érythème, abrasions cutanées.
- Des lésions de la muqueuse anale (déchirures, fissures, béance spontanée de l'anus) en dépliant doucement la muqueuse.
- Le toucher rectal n'est pas systématique. IL est réalisé dans le but d'évaluer la tonicité du sphincter anal et de préciser si le doigtier ramène du sang.
- Devant les lésions anales, il est important d'éliminer les lésions péri anales d'origine non sexuelle : oxyurose, constipation, hémorroïdes, eczéma. Au moindre doute réaliser une anoscopie.



Figure 52 : La figure illustre plusieurs lacérations de la marge anale chez un enfant de 11 mois.

(102)

2.3 Indices en faveur d'une maltraitance (114)(115)

• **Des Indices comportementaux :**

- Chez le nourrisson :
 - Un évitement du regard du parent auteur présumé.
 - Une vigilance du regard chez un nourrisson, en alerte, esquissant des mouvements de protection à l'approche de l'examineur.
 - Une souffrance dépressive patente avec des gestes rares.
 - Une instabilité motrice chez un nourrisson en âge de marcher, en perpétuel mouvement.
 - Un retard psychomoteur, anorexie, polyphagie, troubles du sommeil.
- Chez l'enfant d'âge scolaire :
 - Souvent en échec dans les apprentissages, avec difficultés langagières, cognitives, relationnelles.

Les aspects médico-légaux de la violence a l'égard des enfants.

- Comportement perturbateur ou agressif, hyperactivité ou bien timidité, passivité et repli sur soi.
- Troubles du sommeil ou cauchemars, troubles de conduite alimentaire.
- Régression des aptitudes (par exemple : incontinence urinaire nocturne).
- Crainte inhabituelle des contacts physiques avec d'autres personnes.
- Absentéisme scolaire.
- Chez l'adolescent :
 - Etat dépressif authentique Souvent masqué par des comportementaux : conduites à risque, actes délictuels, fugues répétées.
 - Idées ou conduites suicidaires parfois révélatrice.
 - Anxiété, faible estime de soi, prostitution.
- **Des indices anamnestiques :**
 - L'existence d'accidents et de passage aux urgences à répétition
 - Le délai parfois inexplicable entre le début des signes et la consultation médicale.
 - Le manque d'intérêt pour la gravité possible de la condition médicale de l'enfant.
 - Des antécédents connus de maltraitance dans l'entourage.
 - Les discordances dans les discours des parents, interrogés séparément.
 - *Une discordance entre les lésions retrouvées lors de l'examen clinique et les explications données par les parents.

- **Des indices cliniques :**
 - Présentation de l'enfant marquée par des signes de négligence
 - Hygiène défectueuse, tenue inappropriée mutisme, apathie, anxiété disproportionnée ou une agitation
 - Lésions évocatrices de violence de par :
 - La coexistence d'éléments d'âges différents et/ou de natures différente.
 - Leur siège : incompatible, observé lors d'un traumatisme accidentel (les fesses, le dos, la plante des pieds pour les brûlures) sur les zones non proéminentes.
 - Leur forme : évoquant un objet traumatisant (cigarette, fer à repasser...), circulaire évoquant une contention, une strangulation.
 - Leur nombre ou leur répétition.

3. Examens complémentaires

- **En cas d'agression physique :(106)**

En cas de violences physiques : il faut réaliser systématiquement chez le jeune enfant un bilan radiologique complet du squelette, une numération formule sanguine et un bilan nutritionnel.

Les autres examens sont prescrits en fonction du tableau clinique et des signes d'appels : un fond d'œil, une échographie transfontanellaire, Échographie, TDM, IRM, radiographie standard.

- **En cas d'agression sexuelle :**

En cas d'agression sexuelle, il est recommandé de réaliser à la fois des prélèvements à visée médico-légale, visant à collecter des preuves pour une enquête judiciaire, et des

prélèvements à visée médicale, visant à détecter d'éventuelles infections sexuellement transmissibles.

- **Prélèvement à visée médico-légaux (106) (102) (113) (116)**

Quand l'agression est récente, datant de moins de 72 h, l'urgence est de collecter les preuves médico-légaux pour but de :

- L'identification génétique de l'agresseur
 - Preuve directe (recherche du sperme) ou indirecte (recherche d'une grossesse ou des IST)
 - Les types de prélèvements qui peuvent être effectués comprennent la collecte du sperme, des cheveux, du matériel sous-unguéal, des vêtements, du sang et des urines.
- **Prélèvement du sperme :**
 - Permet de rechercher le liquide séminal PSA (prostatic specific antigen) et la mise en évidence des spermatozoïdes
 - Pour faire le prélèvement, un écouvillon en coton sec stérile est utilisé, il est ensuite séché à l'air libre puis conservés dans un tube à -18°C ou à défaut à +4°C pendant 48h
 - Le prélèvement de sperme peut servir de preuve d'un contact sexuel et doit être effectué le plus tôt possible. Les délais pour réaliser le prélèvement sont limités en fonction de la zone du corps présumée avoir été en contact avec le sperme : 72 à 120 heures pour le vagin, 46 heures pour l'anus, 6 heures pour la bouche et 24 heures pour la peau. Le site du prélèvement dépend des déclarations de la victime, qui peuvent inclure la bouche, le canal anal, la vulve, le vagin, le périnée, la cuisse, le ventre ou les vêtements.

- **Prélèvement de poils ou des cheveux :**
 - Aucun délai par rapport à l'agression
 - A conserver dans une enveloppe en papier à température ambiante.
- **Prélèvement sous-unguéraux :**
 - Racler sous l'ongle à l'aide d'une compresse humide
 - A conserver dans une enveloppe en papier à température ambiante.
- **Prélèvement toxicologique :**
 - Les analyses toxicologiques (sang, urines, cheveux) sont à réaliser en cas de suspicion d'une soumission chimique démontrés par des signes d'appels cliniques ou sur la base des déclarations des victimes.
 - L'alcool, le cannabis, les stupéfiants et les psychotropes sont les principaux toxiques utilisés.
- **Prélèvement à visée médicale : (106) (113)**
 - Recherche d'IST dans le sang : cette recherche doit être systématique que l'abus sexuel soit récent ou ancienne pour déterminer le statut antérieur de la victime
 - On demande les sérologies de VIH, syphilis (TPHA-VDRL), hépatite B, hépatite C.
- Dosage BHCG plasmatique ou urinaire à la recherche d'une éventuelle grossesse.
- Prélèvements locaux : seront guidés par le contexte à la recherche de *N. gonorrhœae*, de *C. trachomatis* et de *Trichomonas Vaginalis*.

4. Prise en charge thérapeutique(106) (117) (118) (119)

- **En cas de blessures :**

Le traitement nécessaire dépend de la nature des blessures subies, allant d'une simple intervention pour les lésions mineures à une hospitalisation en soins intensifs pour les traumatismes graves. Les soins peuvent inclure la désinfection et la suture des plaies, l'utilisation d'antibiotiques en cas d'infection, ainsi que la prescription d'analgésiques. Les anxiolytiques à action rapide et de courte durée peuvent également être utilisés au besoin.

- **En cas d'agression sexuelle récente moins de 72 h**

- **Contraception d'urgence**

- Il est important de prévenir une grossesse en utilisant une méthode de contraception d'urgence dans les 72 heures suivant l'abus.
- La prise de Levonorgestrel 1,5 mg en une seule fois s'avère très efficace lorsqu'elle est administrée avant 72 heures, et reste encore modérément efficace jusqu'à 120 heures après l'abus.
- Ulipristal 30 mg :1cp efficace si pris durant 120 heures.
- Peut être pris à n'importe quel moment du cycle menstruel, mais il est important de vérifier l'absence de grossesse en cours, en particulier en cas de retard de règles.

- **Prévention contre le tétanos**

- La prévention contre le tétanos se fait par l'administration du sérum antitétanique (SAT) ou du vaccin antitétanique (VAT) selon le profil immunologique de l'enfant et le type de plaies.

- **Prophylaxie anti-VIH**
 - Démarrer les antirétroviraux après avis spécialisés dans les 72 heures après l'agression.
 - Un bilan pré-thérapeutique est indiqué avant la thérapie antirétrovirale : bilan sanguin (NFS et plaquettes), ionogrammes sanguin, créatinine, transaminases, gamma GT et bilirubine.
- **Prévention de l'hépatite B**
 - Vaccination anti-HBV si l'agression date de moins de huit jours par un programme de 3 vaccins à 0,1 et 6 mois, ou si la vaccination est non faite ou incomplète.
- **Prévention des IST**

Tableau XXIV : Régime thérapeutique des IST recommandé par l'OMS pour les enfants et les adolescents(106)

IST	Médicament	Voie d'administration et posologie
Neisseria Gonorrhoeae	Ceftriaxone Céfixime	125 mg en injection intramusculaire, en dose unique ou 400 mg par voie orale, en dose unique pour les enfants de moins de 12 ans ou 8mg/kg en dose unique.
Chlamydiae trachomatis	Azithromycine	20 mg/kg par voie orale, en dose unique.
Trichomonas vaginalis	métronidazole	5 mg/kg de poids corporel par voie orale, 3 fois par jour pendant 7 jours.
Syphilis	Benzathine pénicilline	50000 UI/kg par voie intramusculaire (jusqu'à 2,4 millions UI en dose unique).

- **En cas d'agression sexuelle datant de plus de 72 heures.**
 - **Dépistage et traitement des IST : Gonorrhée, Chlamydia, Trichomonas et Syphilis :**
 - Si l'enfant est positif : il faut le traiter selon le protocole thérapeutique.
 - Si l'enfant est négatif : Il faut revérifier après une semaine en cas de violence récente.
 - Le dépistage et traitement du VIH : le dépistage est possible à partir de la 6ème semaine après le contact. Si l'enfant est positif, le traitement antirétroviral doit être entamé le plus tôt possible.
 - L'Hépatite B : vacciner le patient s'il consulte dans un délai inférieur à 14jours. Si des signes d'infection aigue sont constatés après la période d'incubation (2 à 3 mois) il faut adresser le patient vers le service spécialisé pour le traitement
 - La contraception d'urgence dépend de la DDR. L'Ulipristal peut être administré dans un délai maximal de 5 jours.
 - Le suivi psychologique reste un élément fondamental de la prise en charge thérapeutique. Ce suivi est d'autant plus important si la victime est enceinte ou a été infecté au VIH. La prise en charge doit être systématique et précoce.

5. Le certificat médico-légal(106)

Un certificat médicolégal (CML) est un document émis par un médecin légiste ou un expert médical qui contient des informations sur l'état de santé physique ou mentale d'une personne, généralement dans le contexte d'une enquête ou d'une procédure judiciaire.

La rédaction du certificat médico-légal doit être objectif, clair et doit comporter les éléments suivants :

- Identité de l'enfant et son accompagnant
- Identité du médecin

- La date, l'heure et le lieu de l'agression
 - Le récit exact des faits racontés par la victime lors de l'entretien
 - Les déclarations de l'accompagnant
 - Date de rédaction du certificat
 - Signature manuscrite du médecin
 - ITP en cas d'agression physique ou en cas d'agression sexuelle avec agression physique
 - Les signes et résultats de :
 - L'examen général
 - L'examen buccal
 - L'examen anal
 - L'examen génital
 - Les examens complémentaires
 - Les prélèvements réalisés
- Règles générales de délivrance :
- La délivrance d'un certificat médical doit être prudente et objective ; Il convient ainsi de respecter quelques règles simples :
 - Le médecin reste juge de l'opportunité de la délivrance du certificat, sauf en cas de réquisition. Il peut refuser tout certificat non justifié.
 - Le médecin doit refuser et adresser à plus compétent que lui s'il ne s'estime pas suffisamment spécialiste dans le domaine.
 - Le secret médical doit être respecté
 - Le médecin rédacteur doit examiner le patient : ne rédigez jamais de certificat sans avoir vu ou personnellement examiné le patient.

- L'examen complet de l'intéressé est orienté par le type de certificat à délivrer. – Le certificat médical doit être remis en mains propres à l'intéressé sauf dans les cas suivants :
- Mineur ou majeur protégé : représentant légal ou tuteur.
- Réquisition : autorités requérantes.
- Exemple de certificat médico-légale (voir annexes)

6. Le signalement(120) (107)

Le but du signalement est d'informer les autorités compétentes de toute situation de danger d'un enfant, afin de déclencher une intervention visant à protéger les enfants.

L'article 446 du code pénal marocain autorise les médecins à enfreindre le secret médical et dévoiler les informations aux autorités compétents lorsqu'il s'agit d'une violence commise contre un enfant de moins de 18 ans.

L'alinéa 2 de l'article 446 du code pénal marocain : « Lorsqu'elles dénoncent aux autorités judiciaires ou administratives compétentes les faits délictueux et les actes de mauvais traitement ou de privations perpétrés contre des enfants de moins de dix-huit ans ou par l'un des époux contre l'autre ou contre une femme et dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession ou de leurs fonctions. Citées en justice pour des affaires relatives aux infractions visées ci-dessus, lesdites personnes demeurent libres de fournir ou non leur témoignage ».(58)

Le médecin légiste est donc autorisé à signaler aux autorités judiciaires les violences à l'égard des enfants avec ou sans le consentement de l'enfant ou de son tuteur.

Le signalement est rédigé comme un certificat médical daté et signé (voir annexes) est adressé auprès du procureur du roi.

VIII. Conséquences psycho-sociales : (121) (122) (123) (124)

La maltraitance peut avoir des effets à court et à long terme très significatifs sur la santé mentale, physique, ainsi que sur le développement cognitif et neurobiologique des personnes qui en sont victimes. Il est important de reconnaître les signes de maltraitance chez les enfants et de leur offrir un soutien précoce et approprié pour prévenir les conséquences négatives sur leur santé physique et mentale à court et à long terme.

- **Socioaffectif :**

- Etat de stress post traumatique :

L'état de stress post-traumatique (ESPT) est un trouble psychologique qui peut survenir chez les personnes qui ont été exposées à un événement traumatique, tel que la violence. Cela peut inclure les enfants qui ont été victimes de violences, que ce soit à la maison, à l'école ou dans d'autres contextes. L'ESPT peut avoir des conséquences graves sur la santé mentale et le développement de l'enfant.

Les symptômes de l'état de stress post- traumatique chez l'enfant incluent :

- Syndrome de remémoration ou de reviviscence sous forme de cauchemars ou de flashbacks
- Repli sur soi même
- Syndrome phobique liés au traumatisme
- Pensées et des souvenirs négatifs sur soi-même ou sur le monde
- Troubles de sommeil
- Irritabilité, colère
- Symptômes somatique : comme céphalées, douleur abdominales, augmentation de la fréquence cardiaque, énurésie.

- Troubles comportementaux :
 - Anxiété
 - Dépression
 - Suicide et tentative de suicide
 - Isolement sociale et impression de stigmatisation
 - Sentiment de peur et de colère
 - Sentiment d'hostilité et de culpabilité
 - La délinquance et la prostitution
 - L'abus de substances
 - La violence et les activités criminelles
 - Promiscuité sexuelle
 - Attachement insécurisé
 - Cognitif :
 - Absentéisme scolaire
 - Trouble de concentration et d'attention
 - Comportement perturbateurs dans l'école comme désobéissance, agressivité, tricherie
 - Difficultés d'apprentissage : comme des retards de développement, des troubles du langage et de la communication, des problèmes de lecture, d'écriture et de calcul. Ces difficultés peuvent nuire à leur capacité à apprendre et à réussir à l'école.
- Echech scolaire

- **Neuro biologique :** (125)
 - Altération de la maturité du cerveau : La maltraitance peut altérer la plasticité cérébrale, qui est la capacité du cerveau à se réorganiser en réponse aux expériences et à l'apprentissage. Cette altération peut affecter le développement des circuits neuronaux impliqués dans l'apprentissage, la mémoire, la régulation émotionnelle et la prise de décision.
 - Dérèglement de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS), qui régule la réponse au stress. Cette perturbation peut entraîner une dysrégulation du stress chronique, qui peut avoir des conséquences négatives sur la santé mentale et physique de l'enfant.
 - Altération de l'hippocampe : La maltraitance peut altérer l'hippocampe, une zone du cerveau impliquée dans la mémoire et l'apprentissage.
 - Modification de la connectivité neuronale : La maltraitance peut modifier la connectivité neuronale dans les circuits impliqués dans l'apprentissage, la mémoire et la régulation émotionnelle.
 - Vulnérabilité au développement des maladies psychiatriques.
- **Physique :**
 - Blessures physiques comme les brûlures, fractures, traumatismes crâniens. Ces blessures peuvent entraîner une douleur physique, des incapacités à court et à long terme, et dans les cas les plus graves, la mort.
 - Troubles alimentaires comme la boulimie, l'anorexie parfois un retard de croissance
 - Maladies pulmonaires chroniques (asthme)
 - Maladies cardiovasculaires (cardiopathies ischémiques)
 - Syndrome du côlon irritable
 - Maladies auto-immunes

- **Economiques :**
 - Coûts des soins de santé : Les enfants victimes de violence ont souvent besoin de soins médicaux pour traiter leurs blessures physiques et psychologiques. Ces soins peuvent être très coûteux, en particulier dans les cas graves qui nécessitent une hospitalisation prolongée, une rééducation et des soins de santé mentale.
 - Coûts judiciaires : La violence envers les enfants peut également entraîner des coûts judiciaires importants. Les enquêtes sur les cas de violence nécessitent des ressources importantes.
 - Perte de productivité : Les enfants victimes de violence peuvent subir des conséquences à long terme qui affectent leur productivité à l'âge adulte. Ils peuvent avoir des difficultés à terminer leur scolarité, à trouver un emploi et à maintenir une vie professionnelle stable.

IX. Prévention(126) (127)

La prévention de la violence envers les enfants est essentielle car elle représente un enjeu de taille pour l'ensemble de la société. La violence peut avoir des conséquences graves sur la santé physique, psychologique et émotionnelle des enfants, les rendant vulnérables à des problèmes de santé mentale, de comportements antisociaux, de dépendance et de difficultés d'apprentissage à l'âge adulte. De plus, la violence a des répercussions négatives sur la société dans son ensemble, avec des coûts sociaux et économiques importants liés au traitement des traumatismes et des maladies, ainsi qu'un impact sur les systèmes de justice pénale et la productivité. Enfin, la prévention de la violence envers les enfants est un droit fondamental de chaque enfant, tel que reconnu par la Convention relative aux droits de l'enfant de l'ONU, et c'est la responsabilité de tous les membres de la société de protéger les enfants contre la violence et de garantir leur bien-être et leur sécurité.

Les mesures de prévention peuvent être divisées en trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire.

- **Prévention primaire :**

La prévention primaire de la violence contre les enfants consiste à mettre en place des mesures visant à prévenir la survenue de la violence avant qu'elle ne se produise. Cette approche comprends un ensemble de stratégies et de programmes destinés à prévenir les facteurs de risque associés à la violence, tel que le stress familial, la pauvreté, la maltraitance et la négligence.

Parmi les mesures de prévention primaire de la violence contre les enfants, on peut citer l'éducation et la sensibilisation des parents, des enseignants et des professionnels de la santé à la prévention de la violence, l'amélioration des conditions de vie des familles et des communautés, la promotion d'un environnement familial sain et sécurisé, la mise en place de programmes de soutien à la parentalité, ainsi que la promotion d'une éducation non violente et de l'apprentissage de compétences sociales et émotionnelles chez les enfants.

- **Prévention secondaire :**

La prévention secondaire de la violence à l'égard des enfants vise à identifier les enfants qui ont déjà été victimes de violences ou qui sont à risque d'en être victimes, afin de leur offrir des mesures de soutien et de protection adaptées. Cette approche vise à réduire l'impact de la violence sur la santé physique, psychologique et émotionnelle de l'enfant.

Les mesures de prévention secondaire peuvent inclure la mise en place de services de soutien pour les enfants et les familles affectées par la violence, tels que des services de conseil, de soins de santé mentale, de protection de l'enfance et de justice pour mineurs. Des programmes d'intervention précoce peuvent également être mis en place pour les enfants qui présentent des signes de traumatisme ou de stress post-traumatique.

Il est important de noter que la prévention secondaire ne se limite pas à la réaction après la survenue de la violence, mais peut également inclure des mesures visant à prévenir la répétition de la violence envers l'enfant, notamment par la mise en place de mesures de protection pour l'enfant et sa famille.

- **Prévention tertiaire :**

La prévention tertiaire de la violence contre les enfants vise à offrir des mesures de soutien et de traitement pour les enfants qui ont déjà subi des violences, afin de réduire les conséquences négatives de cette expérience traumatisante. Cette approche vise à améliorer la qualité de vie des enfants et de leurs familles, ainsi que leur santé mentale et physique.

Les mesures de prévention tertiaire peuvent inclure la prise en charge médicale pour les blessures physiques, la thérapie de soutien pour aider les enfants à surmonter les conséquences psychologiques de la violence, ainsi que la prise en charge de problèmes sociaux et familiaux associés à la violence. Les mesures de prévention tertiaire peuvent également inclure des programmes de réadaptation pour les auteurs de violence, dans le but de prévenir la répétition de comportements violents.

Il est important de noter que la prévention tertiaire ne se concentre pas seulement sur le traitement des conséquences de la violence, mais vise également à prévenir la récurrence de la violence. Pour cela, il est nécessaire de travailler sur les facteurs de risque sous-jacents, tels que les problèmes familiaux, les problèmes de santé mentale et les comportements antisociaux.

X. Recommandations

Afin de mieux prendre en charge les enfants victimes de violences nous proposons les recommandations suivantes :

- Il est important d'accroître la sensibilisation à la violence envers les enfants et de maintenir la prise de conscience des effets néfastes de ce problème afin de mobiliser tous les acteurs de la société à s'engager afin de combattre ce fléau.
- Profiter du développement de la technologie de l'information et de la communication pour renforcer la protection des enfants contre la violence. Les réseaux sociaux et les applications de signalement peuvent aider à identifier rapidement les enfants victimes de violence et à les aider.
- Maximisation des investissements et de la Collaboration entre les gouvernements et les organisations non gouvernementales (ONG) et les secteurs privés pour élaborer des politiques et des programmes efficaces de prévention de la violence à l'encontre des enfants.
- Il est proposé de créer une unité spécialisée dans la prise en charge des enfants au sein du service de médecine légale. Cette unité sera dotée des équipements nécessaires pour effectuer les prélèvements et les conserver de manière adéquate. Cette initiative vise à améliorer la qualité des soins prodigués aux enfants et à assurer une meilleure prise en charge des victimes de violence.
- Agir sur les inégalités économiques et sociales : car les enfants issus de milieux socio-économiques défavorisés sont plus susceptibles d'être victimes de violence. Pour éliminer la violence à l'encontre des enfants, il est nécessaire de travailler sur les inégalités économiques et sociales.

Les aspects médico-légaux de la violence a l'égard des enfants.

- Il est essentiel de promouvoir une culture de signalement des agressions contre les enfants, en incitant toutes les personnes ayant connaissance de tels actes à les signaler sans délai aux autorités compétentes. Cette approche contribuera à identifier et protéger les victimes de violences, à enquêter sur les auteurs présumés et à prévenir de nouvelles agressions.
- Il est préconisé de développer le volet épidémiologique et de recherche sur la violence à l'égard des enfants en menant de nombreuses études pour mieux comprendre le phénomène. Cette approche permettra de recueillir des données précises sur l'ampleur et les caractéristiques de la violence à l'égard des enfants, ainsi que sur les facteurs de risque et les conséquences associées. Grâce à ces informations, les interventions de prévention et de prise en charge pourront être mieux ciblées et efficaces.



CONCLUSION



La violence infligée aux enfants peut prendre diverses formes, telles que la maltraitance physique, émotionnelle et sexuelle, ainsi que la négligence. Cette violence peut avoir des conséquences graves et durables sur la santé, le bien-être et le développement physique, mental et émotionnel des enfants.

La question de la violence envers les enfants est complexe et exige une attention particulière dans le domaine médico-légal. Les professionnels de la santé, les travailleurs sociaux, les enseignants et les autorités judiciaires ont un rôle crucial à jouer pour détecter, signaler et prévenir la violence envers les enfants.

Pour mieux protéger les enfants contre la violence, il est nécessaire d'adapter la législation et les politiques en établissant des normes claires pour la prise en charge des victimes et la poursuite des auteurs de violences.

Il est également important de mener des recherches et de collecter des données pour mieux comprendre les tendances, les facteurs de risque et les conséquences de la violence envers les enfants.

Dans l'ensemble, protéger les enfants contre la violence est un enjeu de société majeur qui nécessite une attention et une détermination constantes.



RESUMES



Résumé

Introduction : La violence envers les enfants est une forme grave de maltraitance qui constitue un problème social majeur et a un impact sur la santé publique. Malheureusement, elle est souvent minimisée ou dissimulée. La prise en charge de cette problématique nécessite une approche pluridisciplinaire impliquant différents professionnels pour assurer une protection complète sur le plan médical, psychologique, social et juridique.

Objectif de l'étude : Notre étude a pour objectif d'étudier les aspects épidémio-médico-judiciaires de la maltraitance à l'égard des enfants au sein du service de médecine légale du CHU Mohamed VI de Marrakech et qui consiste à établir le profil de ces violences sur mineurs dans le cadre de la consultation médico-légale et d'analyser les caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques, législatives et les circonstances médico-légales de leur production.

Matériel et méthodes : il s'agit d'une étude rétrospective analytique descriptive basée sur l'analyse de l'ensemble des dossiers des enfants reçus au service de médecine légale au CHU de Marrakech sur une période de 2 ans allant du 1 janvier 2020 au 31 décembre 2021. Le recueil des données s'est fait en respectant l'anonymat des victimes à l'aide d'une fiche d'exploitation préétablie.

Résultats : Notre échantillon comportait 76 filles et 62 garçons. L'âge moyen est de 10,26 ans et plus de 75,5% des victimes étaient scolarisés. L'aîné était la victime dans 44,5% et venait d'une petite famille unie dans la grande majorité des cas.

Nos patients ont consulté spontanément dans 77,5%. Le délai de consultation était de plus de 72 heures pour 58% des victimes. Les habitudes toxiques chez les victimes ont été retrouvées seulement dans 4,3% tandis que chez les parents ils étaient de l'ordre de 9,5% chez la mère et 50% chez le père. 5,8% de notre série (soit 8 victimes) ont été identifiés comme terrain à vulnérabilité.

Dans la majorité des cas, l'agresseur était unique, de sexe masculin et connu par la victime.

L'agression était sexuelle dans 75,7%, sans récurrence dans 53,8% et se déroulait au domicile de la victime dans 30,6%. Dans 61,4% l'agression sexuelle s'est déroulée dans un contexte de violence et/ ou séduction.

Dans la majorité des cas, l'agression sexuelle consistait à des attouchements sexuels pour les deux sexes.

Notre examen somatique a révélé que 28,26% présentaient des signes physiques de blessures dont les ecchymoses et les écorchures étaient prédominantes. L'examen gynécologique chez la fille a révélé des lésions dans 33,3%, tandis que l'examen anal du garçon a noté la présence de lésions que dans 17,8%.

Toutes les victimes nécessitant un traitement ou une prise en charge spécifique ont été référées vers d'autres centres ou services pour complément de prise en charge.

Conclusion : Les résultats de notre étude mettent en évidence des informations importantes sur les victimes, les agresseurs et les différents types de violence. Cependant, pour une compréhension approfondie de ces phénomènes dans notre contexte, il est nécessaire d'élargir la recherche à une étude descriptive incluant la population générale.

Abstract

Introduction: Child abuse is a serious form of abuse that is a major social problem and has an impact on public health. Unfortunately, it is often downplayed or hidden. Addressing this issue requires a multidisciplinary approach involving different professionals to ensure comprehensive medical, psychological, social and legal protection.

Purpose of the study: The purpose of our study is to study the Epidemic-Forensic Services of Child Maltreatment in the Forensic Medicine Department of CHU Mohammed VI in Marrakech, which consists of profiling child maltreatment in the context of the medical consultation and to analyse the epidemiological, diagnostic, legislative and forensic characteristics of their production.

Equipment and Methods: This is a retrospective descriptive analytical study based on the analysis of all the files of children received at the forensic medicine service at the CHU Marrakech over a period of 2 years from January 1, 2020 to December 31, 2021. respecting the anonymity of victims by means of a pre-established exploitation record.

Results: Our sample included 76 girls and 62 boys. The average age is 10.26 years and more than 75.5% of victims were in school. The eldest was the victim in 44.5% and came from a small united family in the vast majority of cases.

Our patients consulted spontaneously in 77.5%. The consultation time was more than 72 hours for 58% of victims. Toxic habits in victims were found only in 4.3% while in parents they were in the order of 9.5% in mother and 50% in father. 5.8% of our series (8 victims) were identified as vulnerable ground.

In most cases, the perpetrator was unique, male, and known to the victim.

The assault was sexual in 75.7%, without recurrence in 53.8% and took place at the victim's home in 30.6%. In 61.4% the sexual assault took place in a context of violence and/ or seduction.

In most cases, sexual assault consisted of sexual touching for both sexes.

Our somatic examination revealed that 28.26% had physical signs of injury with bruising and abrasions predominating. The gynecological examination in the girl revealed lesions in 33.3%, while the anal examination of the boy noted the presence of lesions only in 17.8%.

All victims requiring specific treatment or support were referred to other centers or services for additional support.

Conclusion: The results of our study highlight important information about victims, perpetrators and different types of violence. However, for a thorough understanding of these phenomena in our context, it is necessary to broaden the research to a descriptive study including the general population.

ملخص

مقدمة: يعتبر العنف ضد الأطفال شكلاً خطيراً من أشكال سوء المعاملة، و يشكل مشكلة اجتماعية كبيرة، ويؤثر على الصحة العامة. لسوء الحظ، غالباً ما يتم تصغيره أو إخفاؤه. تتطلب إدارة هذه المشكلة نهجاً متعدد التخصصات يضم مختلف المهنيين لضمان الحماية الكاملة على المستويات الطبية والنفسية والاجتماعية والقانونية.

هدف الدراسة: تهدف دراستنا إلى دراسة الجوانب الوبائية - الطبية - القضائية لإساءة معاملة الأطفال داخل قسم الطب الشرعي في المستشفى محمد السادس بمراكش والتي تتمثل في تحديد ملف هذا العنف على القصر في إطار الطب. - الاستشارة القانونية وتحليل الخصائص الوبائية والتشخيصية والتشريعية والظروف الطبية والقانونية لإنتاجها.

المواد والأساليب: هذه دراسة وصفية تحليلية بأثر رجعي تستند إلى تحليل جميع ملفات الأطفال الواردة في قسم الطب الشرعي في مستشفى جامعة مراكش على مدى عامين من 1 يناير 2020 إلى 31 ديسمبر 2021. تم جمع البيانات مع احترام سرية هوية الضحايا باستخدام ورقة استغلال محددة مسبقاً.

النتائج: تضمنت عينتنا 76 فتاة و 62 فتى. متوسط العمر 10.26 سنة وأكثر من 75.5% من الضحايا متعلمون. الأكبر كان الضحية في 44.5% وجاء من أسرة صغيرة موحدة في الغالبية العظمى من الحالات.

تمت استشارة مرضانا بشكل عفوي بنسبة 77.5%. استغرقت الاستشارة أكثر من 72 ساعة لـ 58% من الضحايا. تم العثور على العادات السامة لدى الضحايا في 4.3% فقط بينما كان لدى الوالدين حوالي 9.5% في الأم و 50% في الأب. تم تحديد 5.8% من سلسلتنا (أي 8 ضحايا) على أنها مناطق معرضة للخطر.

في معظم الحالات، كان المعتدي أعزب، ذكر ومعروف من قبل الضحية.

كان الاعتداء الجنسي في 75.7% دون تكرار في 53.8% ووقع في منزل الضحية في 30.6%. في 61.4% وقع الاعتداء الجنسي في سياق العنف و / أو الإغواء.

في معظم الحالات، كان الاعتداء الجنسي عبارة عن ملامسة جنسية لكلا الجنسين.

أظهر فحصنا الجسدي أن 28.26% لديهم علامات جسدية للإصابة كانت الكدمات والجروح هي السائدة. وكشف فحص أمراض النساء لدى الفتاة عن وجود آفات بنسبة 33.3%، بينما كشف الفحص الشرجي عند الصبي عن وجود آفات في 17.8% فقط.

تمت إحالة جميع الضحايا الذين يحتاجون إلى علاج أو رعاية محددة إلى مراكز أو خدمات أخرى للحصول على رعاية إضافية.

الخلاصة: تسلط نتائج دراستنا الضوء على معلومات مهمة حول الضحايا والجناة وأنواع العنف المختلفة. و مع ذلك، من أجل فهم شامل لهذه الظواهر في سياقها، من الضروري توسيع البحث إلى دراسة وصفية تشمل عامة السكان.



ANNEXES



Annexe 1: Exemple de certificat médico-légal en cas d'agression physique

Je soussigné(e) docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour

.....

L'enfant.....

Né(e) le..... domiciliée à

.....

Il/ Elle déclare avoir été victime de

.....

le à

Se plaint de

.....

Il/ Elle présente à l'examen somatique

.....

Les examens complémentaires pratiqués

.....

.....

Sur le plan psychologique, il/elle présente

.....

.....

En conclusion, l'enfant présente des traces de violences et une réaction psychique compatible avec l'agression qu'il/elle dit avoir subi.

L'Incapacité de Travail Personnel (ITP) pourrait être de jours, sous réserve de complications.

Des séquelles pourraient persister donnant lieu à une Incapacité Permanente Partielle (IPP) à expertiser ultérieurement.

Certificat fait ce jour et remis en mains propres à l'intéressé(e) pour faire valoir ce que de droit.

Signature

Annexe 2 : Exemple de certificat médico-légal en cas d'agression sexuelle

Monsieur le Procureur du Roi
Tribunal de la première Instance de.....

Monsieur le Procureur,
Je tiens à porter à votre connaissance les faits suivants :

.....
.....
.....

J'ai examiné ce jour (heure, jour, mois, année).....

L'enfant qui me dit être..... (NOM, prénom de la victime),

Née le : (jour, mois, année)

Domicilié à : (adresse précise).

Les signes suivants

.....
.....
.....
.....

m'amènent à penser que cet enfant est en situation de danger.

Je vous prie de croire, Monsieur le Procureur, l'expression de mes sentiments respectueux.

Signature du médecin

Si un certificat médical est établi, le joindre.

Annexe 3 : Exemple de signalement d'un enfant en danger

Monsieur le Procureur du Roi
Tribunal de la première Instance de.....

Monsieur le Procureur,
Je tiens à porter à votre connaissance les faits suivants :

.....
.....
.....

J'ai examiné ce jour (heure, jour, mois, année).....

L'enfant qui me dit être..... (NOM, prénom de la
victime),

Née le : (jour, mois, année)

Domicilié à : (adresse précise).

Les signes suivants

.....
.....
.....
.....

m'amènent à penser que cet enfant est en situation de danger.

Je vous prie de croire, Monsieur le Procureur, l'expression de mes sentiments respectueux.

Signature du médecin

Si un certificat médical est établi, le joindre.

Annexe 4 : fiche d'exploitation

I. Modalités de consultation :

Consultation en mode libre : Consultation sur réquisition judiciaire :

II. Délai de consultation :

< 24 heures : 24 à 72 heures : > 72 heures :

III. Identification de l'enfant :

Sexe : Masculin Féminin

Age :

Niveau de scolarité : préscolaire primaire

Collège lycée

Non scolarisé

Habitudes toxiques : présente absente

Types

Terrain de vulnérabilité : présent absent

Types

Antécédents de violences : présent absent

Types

IV. Evaluation de l'environnement familial

Architecture familiale : famille unie parents divorcés Père :

Mère célibataire autres

Situation professionnelle des parents : travail chômage

Habitudes toxiques des parents : présent absent :

Nombre d'enfants dans la fratrie :

Rang dans la fratrie :

Nombre de personnes vivant sous le même toit :

V. Identification de l'agresseur :

Sexe : masculin féminin

Nombre d'agresseurs :

Lien entre l'agresseur et la victime : connu inconnu

Lien

VI. Circonstances de l'agression :

Lieu de l'agression :

Types d'agression : physique sexuelle

Psychologique négligence

Violences sexuelles et contraintes associées : type

Type d'agression sexuelle :

Répétition des agressions : unique répétées

VII. Conséquences médico-légales :

Constatations somatiques :

Constatations sexuelles :

ITP :

VIII. Bilan et traitement :

Bilan demandés : type :

Traitement prescrit : type :

IX. Orientation des victimes :

Personnels de santé :

Autorités judiciaires :



BIBLIOGRAPHIE



1. **Armando Bello, Marta Martínez Muñoz, Iván Rodríguez Pascual et al.**
La violence contre les enfants expliqués par les propres enfants. Small Voices Big Dreams 2019. [cité le 16 janvier 2023] Disponible sur:
https://educowebmedia.blob.core.windows.net/educowebmedia/educospain/media/documentos/Prensa/Publicaciones/Rapport_Small_Voices_Big_Dreams_2019.pdf

2. **Convention on the Rights of the Child.**
Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989 entry into force 2 September 1990, in accordance with article 49. [Cité le 5 janvier 2023]
Disponible sur:
<https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>

3. **Etienne G. Krug. et al.**
Rapport mondial sur la violence et la santé. Organisation mondiale de la Santé 2002. [Cité le 6 janvier 2023] Disponible sur :
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67410/a77101_fre.pdf;jsessionid=59238954A7F49E9BA414F72B835DA021?sequence=1

4. **Organisation mondiale de la santé (OMS).**
Maltraitance des enfants. 19 septembre 2022. [Cité le 2 janvier 2023] Disponible sur :
<file:///C:/Users/pc/Downloads/Maltraitance%20des%20enfants%20oms.html>

5. **Situation des enfants au Maroc Novembre 2019 UNICEF/Maroc, ONDE.**
[Cité le 16 janvier 2023] Disponible sur :
<https://www.unicef.org/morocco/media/2046/file/Situation%20des%20enfants%20au%20Maroc%202019.pdf>

6. **Bureau de la Représentante spéciale du Secrétaire général chargée de la question de la violence à l'encontre des enfants New York, 2020.**
Blessures cachées : les effets de la violence sur la santé mentale des enfants. [Cité le 16 janvier 2023] Disponible sur :
https://violenceagainstchildren.un.org/sites/violenceagainstchildren.un.org/files/documents/publications/hidden_scars_french.pdf. 2020 Nations Unies

7. **Situation des enfants au Maroc : genre et droits des enfants.**
[Cité le 6 janvier 2023] Disponible sur : https://www.ondh.ma/sites/default/files/2020-06/sitan_2019_-_module_6_-_genre_et_droits_des_enfants.pdf

8. **Addis Ababa.**
Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant.
Ethiopia -African Union - Peace 11 Juillet 1990

9. **D Sibertin-Blanc, C Vidailhet.**
Maltraitance et enfance en danger. [Cité le 17 janvier 2023] Disponible sur :
[https://psychanalyse.com/pdf/MALTRAITANCE%20ET%20ENFANT%20EN%20DANGER%20\(13%20Pages%20-%2094%20Ko\).pdf](https://psychanalyse.com/pdf/MALTRAITANCE%20ET%20ENFANT%20EN%20DANGER%20(13%20Pages%20-%2094%20Ko).pdf)

10. **Guide de pédiatrie clinique du personnel infirmier en soins primaires de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). Révisé en aout 2010.**
Chapitre 5 - Violence à l'égard des enfants. [Cité le 20 janvier 2023] Disponible sur :
https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/fniah-spnia/alt_formats/pdf/services/nurs-infirm/clin/pediat/maltreatment-violence-fra.pdf

11. **Picherot G, Vabres N, Lemesle M, Fleury J.**
Quand suspecter une maltraitance physique chez l'enfant ?
Archives de Pédiatrie. Mai 2014 ;21(5) :164-5.

12. **Lasek-Duriez A, Léauté-Labrèze C.**
Signes cutanés des sévices à enfants (à l'exclusion des sévices sexuels).
Annales de Dermatologie et de Vénérologie. nov. 2009 ;136(11) :838-44.

13. **Maguire S et al.**
Systematic reviews of bruising in relation to child abuse-what have we learnt: an overview of review updates. *Evid Based Child Health 2013;8(2):255-63.*

- 14. Christian CW.**
Committee on child abuse and neglect. The Evaluation of Suspected Child Physical Abuse. *Pediatrics*. 1 mai 2015 ;135(5) : e20150356.
- 15. Haute autorité de santé (HAS).**
Maltraitance chez l'enfant repérage et conduite à tenir.
Octobre 2014 mise à jour juillet 2017. [Cité le 19 janvier 2023] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf
- 16. É. Launay, B. Vrignaud, K. Levieux et al.**
30 feux rouges en pédiatrie. [Cité le 20 janvier 2023] Disponible sur : <http://www.fmc-tourcoing.org/new/wp-content/uploads/2016/09/30-feux-rouges-en-p%C3%A9diatrie.pdf>
- 17. Hornor G.**
Medical Evaluation for Child Physical Abuse: What the PNP Needs to Know. *Journal of Pediatric Health Care*. Mai 2012;26(3):163-70.
- 18. Zouine S, Nadi S, Choukry S, Aschawa H, Guensi A.**
Apport de la scintigraphie osseuse dans le syndrome de Silverman. *Médecine Nucléaire*. Mars 2019 ;43(2) :210.
- 19. Nika ER, Mabilia Babela JR, Mbutol-Mandavo C, Mieret JC, Missambou Mandilou SV, Koutaba E, et al.**
Un cas de syndrome de Silverman au CHU de Brazzaville. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. avr. 2017 ;30(2) :63-6.
- 20. Jlalía Z, Znaigui T, Smida M.**
Le syndrome des enfants battus : aspects cliniques et radiologiques. *Pan Afr Med J*. 2016 ;24. [Cité le 20 janvier 2023]
Disponible sur : <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/24/68/full/>

- 21. Randriambololona RA, Ramamonjinirina TP, Ranaivoson NK, Rakotondravelo SM, Rakoto Ratsimba HN.**
Un cas de maltraitance chez un nourrisson de 4 mois vu au Centre Hospitalier *Universitaire Tambohobe de Fianarantsoa. Revue Tropicale de Chirurgie Vol 13 (2020) 5-6.*
- 22. Haute autorité de santé (HAS).**
Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement *démarche diagnostique.* [Cité 21 janvier 2023] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/fs_1_bebe_secoue.pdf
- 23. Blumenthal I.**
Shaken baby syndrome. Postgraduate Medical Journal. 1 déc. 2002 ;78(926) :732-5.
- 24. Haute autorité de santé (HAS).**
Syndrome du bébé secoué rapport d'orientation de la commission d'audition. Mai 2011. [Cité 21janvier2023] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-01/syndrome_du_bebe_secoue_-_rapport_dorientation_de_la_commission_daudition.pdf
- 25. Laurent-Vannier, A. Laurent-Vannier, H. Toure, E. Vieux b.**
Long-term outcome of the shaken baby syndrome and medicolegal consequences: A case report. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 52 (2009) 436-447.*
- 26. Talvik I, Mannamaa M, Juri P, Leito K, Poder H, Hamarik M, et al.**
Outcomes of infants with inflicted traumatic brain injury (shaken baby syndrome) in Estonia. *Acta Paediatrica 2007; 96:1164-8.*
- 27. Laurent-Vannier A, Nathanson M, Quiriau F, Briand-Huchet E, Cook J, Billette de Villemeur T, et al.**
A public hearing. "Shaken baby syndrome: Guidelines on establishing a robust diagnosis and the procedures to be adopted by healthcare and social services staff". *Scoping report. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine. déc. 2011 ;54(9-10) :533-99.*

- 28. C.Adamsbaum et B. Husson.**
Le syndrome du bébé secoué quelles lésions en imagerie ? *Archives de pédiatrie* 19 (2012) 1002-1007.
- 29. Morel B, Rey-Salmon C, Ducot B, Antoni G, Bursztyn J, Adamsbaum C.**
Syndrome du bébé secoué (SBS) : particularités chez les nourrissons âgés de moins de 3 mois.
Archives de Pédiatrie. Mai 2014 ; 21(5) :585.
- 30. D.Renier.**
Syndrome du bébé secoué.
Journal de pédiatrie et de puériculture (2012) 25, 158—164.
- 31. M.C. Nassogne, C. Bonnier.**
Diagnostic et devenir à long terme du bébé secoué.
Journal de pédiatrie et de périculture n°4 – 2001.
- 32. K. Lind, A. Laurent-Vannier, H. Toure et al.**
Le syndrome du bébé secoué : les séquelles.
La Revue Sage-Femme (2013) 12, 136—138.
- 33. M.-F. Le Heuzey, M.-C. Mouren.**
Syndrome de Münchhausen par procuration.
Archives de pédiatrie 15 (2008) 85-88.
- 34. UNICEF : Guide destiné aux prestataires de services de santé et de services psychosociaux**
La prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles en situations de crise humanitaire. [Cité 22 janvier 2023] Disponible sur : <https://gbvresponders.org/wp-content/uploads/2014/04/IRC-CCS-Guide-French-Full.pdf>
- 35. Susanna Greijer et Jaap Doek.**
Guide de Terminologie pour la Protection des Enfants contre l'exploitation et l'abus sexuels. Groupe de Travail Interinstitutionnel sur l'exploitation sexuelle des enfants 2016. [Cité 22 janvier 2023] Disponible sur : https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Children/SR/TerminologyGuidelines_fr.pdf

- 36. Nicole Horassius et Philippe Mazet.**
Conséquences des maltraitements sexuelles : reconnaître, soigner, prévenir. Conférence de *consensus 6 et 7 novembre 2003*. [Cité 18 janvier 2023] Disponible sur : <https://excerpts.numilog.com/books/9782742005116-extrait.pdf>
- 37. Vabres et al.**
Repérage des signes cliniques évocateurs de maltraitance chez le petit enfant.
La revue du praticien VOL. 61 Mai 2011.
- 38. M. Leray.**
Violences psychologiques.
Archives de pédiatrie 21 (2014) 1396-1399.
- 39. Adeline Lerole et al.**
Suspicion de maltraitance de l'enfant : étude rétrospective examinant les facteurs associés à la prise de décision entre information préoccupante et signalement judiciaire.
Université Bordeaux UFR des sciences médicale 2020.
- 40. Sophie Décis, Farah Hatem, Laure Brunel, Odile Leseigneur.**
Agir contre la maltraitance guide juridique à l'usage des professionnels de l'enfance. *Enfance et partage 2014*. [Cité 25 janvier 2023] Disponible sur : <https://enfance-et-partage.org/wp-content/uploads/2017/03/guide-juridique-agir-contre-la-maltraitance-pdf.pdf>
- 41. Alexander Butchart , Alison Phinney Harvey et al.**
Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants: intervenir et produire des données / Organisation mondiale de la Santé et International Society for Prevention of *Child Abuse and Neglect*. [Cité 24 janvier 2023] Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43686>
- 42. Sonia Benbelaid-Cazenave et al.**
Prévenir la maltraitance : informations préoccupantes et signalements guide à l'usage des professionnels de l'enfance et de la jeunesse. Guide de Procédure MALTRAITEMENTS - CdC *Médoc Cœur de Presqu'île - 2018* [cité 25 janvier 2023] Disponible sur : <https://www.acpfrance.fr/wp-content/uploads/2020/04/Maltraitance-des-enfants.pdf>

43. Organisation mondiale de la santé(OMS).

Rapport de situation 2020 sur la prévention de la violence à l'encontre des enfants dans le monde. Résumé d'orientation [Global status report on preventing violence against children 2020: executive summary]. [Cité 25 janvier2023] Disponible sur: <https://www.who.int/fr/teams/social-determinants-of-health/violence-prevention/global-status-report-on-violence-against-children-2020>

44. GIOVE F.

Des millions d'enfants dans le monde victimes de violences UNICEF 2017. [Cité 23 janvier 2023] Disponible sur : <https://www.unicef.fr/article/des-millions-denfants-dans-le-monde-victimes-de-violences/>

45. Atlas sociologique mondial : Classement des États du monde par discipline imposée aux enfants par la violence.

[Cité 24 janvier 2023]

Disponible sur : <https://atlasocio.com/classements/societe/enfant/classement-etats-par-discipline-imposee-par-la-violence-monde.php>

46. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J.

The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. juin 2009;29(4):328-38.

47. violence contre les enfants en afrique : rapport sur les progrès réalisés et les difficultés rencontrées.

[Cité 23 janvier 2023] Disponible sur :

https://violenceagainstchildren.un.org/sites/violenceagainstchildren.un.org/files/2021/violence_against_children_in_africa_a_report_on_progress_and_challenges_-_french.pdf

48. OMS : Bureau régional pour l'Afrique.

Se donner la main pour protéger les enfants de la violence. [Cité 23 janvier 2023] Disponible sur : <https://www.afro.who.int/fr/countries/cote-divoire/news/se-donner-la-main-pour-protoger-les-enfants-de-la-violence>

49. UNICEF

Analyse de la situation, des enfants en Tunisie 2020. [Cité 19 janvier 2023] Disponible sur : <https://www.unicef.org/tunisia/media/2986/file/SITAN-11-2020.pdf>

- 50. Grenoble FC, Bry-sur-Marne AF, Ferrand EJC, Nancy HL, Bry-sur PL, Hénin-Beaumont PL, et al.**

Maltraitance : dépistage conduite à tenir aux urgences (en dehors des maltraitances sexuelles). *Conférence de consensus. Nantes 3 décembre 2004.*

- 51. Patricia Sandau-Beckler, et al.**

The Psychosocial Impact of Child Maltreatment and Strategies for Prevention and Intervention. [Cité le 21 janvier 2023] Disponible sur :

https://www.purdue.edu/hhs/hdfs/fii/wp-content/uploads/2015/06/s_nmfis02c01.pdf

- 52. Qu'est-ce qu'une Constitution ?**

[Cité le 15 janvier 2023] Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/fiches/19545-quest-ce-quune-constitution-definition-dune-constitution>

- 53. Conseil national des droits de l'homme : Les droits de l'Homme dans la nouvelle constitution.**

[Cité le 15 janvier 2023] Disponible sur : <https://www.cndh.org.ma/fr/bulletin-d-information/les-droits-de-lhomme-dans-la-nouvelle-constitution>

- 54. 21 juin 1993 – une date remarquable pour la protection de l'enfance au Maroc.**

[Cité le 24 janvier 2023]

Disponible sur : <http://www.platformecdemaroc.com/2019/06/19/21-juin-1993-une-date-remarquable-pour-la-protection-de-lenfance-au-maroc/>

- 55. Royaume du Maroc/secrétariat général du gouvernement : La constitution.**

[Cité le 16 janvier 2023]

Disponible sur : http://www.sgg.gov.ma/Portals/0/constitution/constitution_2011_Fr.pdf

- 56. UNICEF : Convention relative aux droits de l'enfant.**

[Cité le 15 janvier]

Disponible sur : <https://www.unicef.org/fr/convention-droits-enfant>

- 57. Code de la famille.**

[Cité le 18 janvier]

Disponible sur : http://www.ism.ma/ismfr/francais/Textes_francais/3/1.pdf

58. Code pénal Maroc.

[Cité le 2 janvier 2023] *Disponible sur : https://www.onousc.ma/storage/code_penal.pdf*

59. Raux.

Caractéristiques des victimes ayant consulté pour coups et blessures dans le service de *médecine légale de Toulouse entre 2004 et 2012. La revue de médecine légale (2013) 4, 121–127.*

60. Cissé.

Aspects épidémiocliniques, juridiques et coût de la prise en charge des abus sexuels chez *les mineurs à Dakar, Sénégal. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2015) 44, 825–831.*

61. Hiquet.

Apport de la médecine légale à la protection de l'enfance : présentation d'un mode *d'évaluation pluridisciplinaire. Archives de pédiatrie 2016 ;23 :1233–1239.*

62. M.B. Doumbia.

Aspects cliniques et judiciaires des agressions sexuelles à l'hôpital NIANANKORO FOMBA *de Ségou. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako 2019.*

63. O. Thimoumi.

Les violences sexuelles contre les mineures : étude rétrospective à propos de 100 cas au *service de médecine légale du CHU Ibn Sina de rabat 2022.*

64. R. Normalala.

Maltraitance infantile a Antananarivo : aspects épidémiologiques, médical et judiciaire. *Universite d'antananarivo faculte de medecine 2017.*

65. Abo el wafa.

A Five Year Retrospective Study of Female Sexual Assault in Qaluybia Governorate, Egypt. *Vol. (18) No. (2) July 2020.*

66. M. Dupont.

Violences sexuelles à l'adolescence : constats et réflexions. Analyse de la population adolescente reçue pour suspicion de violences sexuelles à l'unité médico-judiciaire de Paris.

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence (2014).

67. S. Attrous.

Les violences sexuelles sur mineurs Aspects médico-légaux, juridiques et épidémiologiques dans la région de Rouïba. Université d'Alger département médecine (2017).

68. S. Bardaa .

Violences volontaires graves et conséquences médico-légales. Revue de l'activité du service de médecine légale de l'hôpital Habib Bourguiba de Sfax, Tunisie. *Médecine & Droit 2019 (2019) 82-88.*

69. McElvaney R, Greene S, Hogan D.

To Tell or Not to Tell? Factors Influencing Young People's Informal Disclosures of Child Sexual Abuse. *J Interpers Violence. mars 2014;29(5):928-47.*

70. B. Jellab.

Les enfants victimes de maltraitance à Marrakech (2007).

71. k.Gharib

La maltraitance physique et sexuelle chez l'enfant. Revue Marocaine de Santé Publique 2022, vol 9, n°15.

72. L.Robbana.

Étude de 28 expertises d'abus sexuels sur mineurs. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence (2014).*

73. Hauet-Wiedemann.

Agressions sexuelles sur mineurs étude d'une population d'enfants ayant consultés dans une unité médico-judiciaire hospitalière entre 2011 et 2015. Archives de Pédiatrie (2018).

74. Mélanie Dupont.

Le processus de révélation dans les agressions sexuelles intrafamiliales et extrafamiliales sur mineurs. *Annales Médico-Psychologiques (2012).*

75. **Oliveira NF de, Moraes CL de, Junger WL, Reichenheim ME.**
Violence against children and adolescents in Manaus, Amazonas State, Brazil: a *descriptive study of cases and evaluation of notification sheet completeness, 2009–2016*. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 29(1): e2018438, 2020.*
76. **Abitteboul.**
Situations à risque de maltraitances sexuelles intrafamiliale chez le mineur. Rôle du médecin généraliste. Etude de 58 dossiers du tribunal de grande instance de Toulouse. *La revue de médecine légale (2015) 6, 92–97.*
77. **AlMadani.**
Child physical and sexual abuse in Dammam, Saudi Arabia: a descriptive case-series *analysis study*. *Egyptian Journal of Forensic Sciences (2012) 2,33–37.*
78. **Porto Zambon**
Domestic violence against children and adolescents: a challenge. *Rev Assoc Med Bras 2012; 58(4):465–471.*
79. **Ben Soussia**
Aspects épidémiocliniques et suites judiciaires des abus sexuels sexuels chez les *mineurs à Monastir, Tunisie*. *PAMJ – 38(105). 01 Feb 2021*. [Cité 24 janvier 2023] *Disponible sur : <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC8035688&blobtype=pdf>*
80. **Bourgou S, Meddouri SL, Ben Hamouda A, Ben Mustapha H, Charfi F, Hamza M, et al.**
Enfants victimes de violences sexuelles en consultation de pédopsychiatrie. *L'Encéphale. 1 juin 2021;47(3):221-6.*
81. **Al-Zayed**
Reported child maltreatment in the Riyadh region of saudi arabia: a retrospective study. *Forensic Science International: Reports 2 (2020) 100125.*
82. **Etude sur la violence sexuelle à l'encontre des enfants au maroc.**
[cité 24 janvier 2023] disponible sur : <https://ecpat-france.fr/www.ecpat-france/wp-content/uploads/2018/10/etude-violence-sexuelle-a-lencontre-des-enfants-2014-maroc-ilovepdf-compressed.pdf>

- 83. Esther.**
Aspects Épidémiologiques, Cliniques et Thérapeutiques des Agressions Sexuelles chez les Enfants et Adolescents à l'Hôpital Central de Yaoundé. *Health Sci. Dis: Vol 21 (2) February 2020.*
- 84. Da Silva Franzin**
Child and adolescent abuse and neglect in the city of curitiba. *Child Abuse & Neglect(2014).*
- 85. Stocco .**
Les femmes toxicomanes et la dimension familiale : traitement et questions éthiques. *Psychotropes - Vol. 13 n° 3-4 (2008).*
- 86. Risk and Protective Factors for Child Abuse and Neglect.**
[cité 26 janvier 2023]Disponible sur:
<https://www.childwelfare.gov/pubpdfs/riskprotectivefactors.pdf>
- 87. Bernard-Bonnin .**
disclosure of sexual abuse,and personal and familial factors as predictors of post-traumatic stress disorder symptoms in school-aged girls. *Paediatr Child Health Vol 13 No 6 July/August 2008.*
- 88. Kelley .**
Modeling risk for child abuse and harsh parenting in families with depressed and substance-abusing parents. *Child Abuse & Neglect (2015).*
- 89. Wells .**
Substance Abuse and Child Maltreatment. *Pediatr Clin N Am 56 (2009) 345-362.*
- 90. Risk factor of child abuse and neglect.**
[cité 26 janvier 2023]
Disponible sur: https://childadvocacy.iowa.gov/sites/default/files/documents/2017/01/module_5_handout_4_risk_factors_activity_-_copy.pdf

91. **Glaser .**
Child maltratement.
PSYCHIATRY 4:7. 2005 The Medicine Publishing Company Ltd.
92. **Carter .**
Exploring the risks of substantiated physical neglect related to poverty and parental characteristics: A national sample. *Children and Youth Services Review 29 (2007) 110 – 121*
93. **LeguayLolita .**
Mineurs victimes de violences : éléments médico-légaux et suites judiciaires – analyse de 682 dossiers (2006–2011).Faculté de medecine de tours(2013).
[cité 22 janvier 2023] *Disponible sur:*
http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_LeguayLolita.pdf
94. **M.aleissa .**
Mineurs victimes de violences : éléments médico-légaux et suites judiciaires – analyse de 682 dossiers (2006–2011). *Child Abuse & Neglect 34 (2010) 28–33.*
95. **B. Anderson , I. Thimmesch , N. Aardsma et al.**
The prevalence of abnormal genital findings, vulvovaginitis, enuresis and encopresis in children who present with allegations of sexual abuse. *Journal of Pediatric Urology (2014), 1–6.*
96. **A. Huck , A. Delbreil , A. Gaudin et al.**
La détermination de l'incapacité totale de travail lors de troubles psychologiques : critères et méthodes. *La Revue de Médecine Légale* Volume 8, Issue 3, September 2017, Pages 105–115.
[cité 25 janvier 2023]
Disponible sur: https://eu-ireland-custom-media-prod.s3-eu-west-1.amazonaws.com/France/Download/Journals/MEDLEG/Extrait_MEDLEG.pdf
97. **C. Manaouil , T. Pereira , M. Gignon et al.**
La notion d'incapacité totale de travail (ITT) dans le Code pénal. *La revue de médecine légale (2011) 2,59–71.*

98. **Patrick Chariot, Fabrice Dedouit, Caroline Rey-Salmon et al.**
Examen médical des personnes victimes de violence : fréquence des facteurs aggravants *au sens du Code pénal, hétérogénéité des pratiques. Presse Med. 2012; 41: e553-e558.*
99. **Mary E. Evans, PhD, and Roger A. Boothroyd, PhD.**
A Comparison of Youth Referred to Psychiatric Emergency Services: Police Versus Other Sources. *Volume 30, Number 1, 2002.*
100. **Roderik F Viergever , Nicki Thorogood, Judith RLM Wolf et al.**
Supporting ALL victims of violence, abuse, neglect or exploitation: guidance for health providers. *Viergever et al. BMC International Health and Human Rights (2018) 18:39.*
101. **J.-L. Charritat , D. Legrain, V. Mingot, et al.**
Enfants maltraités et victimes de violences : fonctionnement de l'Unité d'accueil des jeunes victimes (UAJV) de l'hôpital d'enfants ArmandTrousseau.
Journal de pédiatrie et de puériculture 19 (2006) 93-96.
102. **Eric bassino,olivier jarde et al.**
Médecine légale clinique.2014, Elsevier Masson SAS.
[cité 24 janvier 2023] *Disponible sur: <http://livre21.com/LIVREF/F40/F040014.pdf>*
103. **Michael E.Lamb.**
protocole du NICHD pour les audits d'enfants. Traduction Mireille Cyr, Jacinthe Dion, Roxane Perreault et Nancy Richard Département de psychologie, Université de Montréal (08/06/2002).
[cité 26 janvier 2023] *Disponible sur: <https://nichdprotocol.com/french.pdf>*
104. **Espace collaboratif contre la pédocriminalité:le protocole NICHD**
[cité 22 janvier2023]
Disponible sur: <https://plateformejonas.fr/wp-content/uploads/2020/03/10.13.6.-Le-protocole-NICHD.pdf>
105. **MireilleCYR , JacintheDION , IritHERSHKOWITZ et al.**
L'audition de mineurs témoins ou victimes : L'efficacité du protocole du NICHD. *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique et Scientifique · January 2013.*

- 106. Guide de référence marocain.**
Guide de Référencedes normes et standards pour pec des femmes et des enfants *survivants à la violence(2007).*
- 107. Labbé.J.**
Enuresie secondaire chez l'enfant victime d'abus sexuel. Juillet 2007.
- 108. Margaret S.**
Childhood physical and sexual abuse in depressed patients with single and multiple *suicide attempts. Suicide and life-threatening behavior. 2007, Vol 37, Issue 4 : 467-474.*
- 109. Charmasson C., Chiland C., Choquet M. et al.**
Conséquences des maltraitements sexuelles Reconnaître, soigner, prévenir.Conférence de consensus 6 et 7 novembre 2003.
[cité 28 janvier2023]
Disponible sur: <https://excerpts.numilog.com/books/9782742005116-extrait.pdf>
- 110. Amy Swerdlin, MD,a Carol Berkowitz, MD, et al.**
Cutaneous signs of child abuse. JAM ACAD DERMATOL VOLUME 57, NUMBER 3.2007.
- 111. Megan McGraw Letson et al.**
Diagnostic Considerations of Physical Abuse. VOL. 13, NO. 3 BRUISES, BURNS, AND OTHER BLEMISHES.2012.
- 112. Z. Chakhtoura, A. Simon, C. Duflos, E. Thibaud.**
Gynécologie de l'enfant et de l'adolescente. 4-107-D-20.2011.
- 113. Candice collin .**
Prise en charge par le pédiatre d'une mineure victime d'abus sexuels : difficultés de *l'examen gynécologique. Médecine humaine et pathologie. 2016.dumas-01371643.*
[cité 27 janvier2023] *Disponible sur:*
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01371643/document>
- 114. Chariot P, Dedouit F, Rey-Salmon C, Bourokba N, Rougé-Maillart C, Tournel G.**
Examen médical des personnes victimes de violence : fréquence des facteurs aggravants *au sens du Code pénal, hétérogénéité des pratiques. Presse Med 2012;41(11):e553-8,*

115. Labbé J.

Les abus sexuels envers les enfants prépubères. Urgence Pratique 2002 (Mai) : 59-63.

116. Emmanouil I Sakelliadis, Chara A Spiliopoulou Et Al.

Forensic Investigation of Child Victim with Sexual Abuse. Indian pediatrics. Volume 46__February 17, 2009.

117. A. BANASR.

Module de formation pour les professionnel.le.s de la santé sur la prise en charge clinique des victimes de violences sexuelles. Module élaboré dans le cadre du partenariat entre l'ONFP et l'UNFPA. Appuyé par: Le programme conjoint des Nations Unies pour l'amélioration de la prise en charge des femmes et des filles victimes de *violences*.

[cité 29 janvier2023] *Disponible sur:*

https://tunisia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/module_de_formation-web.pdf

118. Organisation mondiale de la santé (OMS).

Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles.

[cité 27 janvier2023] *Disponible sur:*

https://applications.emro.who.int/aiecf/guide_prise_infections_sexuellement_transmissibles_fr.pdf

119. C.Demaegedt.

A l'écoute de l'enfant présumé victime d'abus sexuel. Réflexions techniques et cliniques sur l'abord des faits.

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2013.

120. S. Sebban.

Enfance en danger, maltraitance : protéger c'est aussi signaler ! Médecine & enfance. Avril 2016.

[cité 30 janvier2023]

Disponible sur: <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/24057.pdf>

- 121. Les conséquences de la violence faites aux enfants: Guide de référence à l'intention des professionnels de la santé.**
Centre national d'information sur la violence dans la famille.
[cité 29 janvier 2023] *Disponible sur:*
<http://deployezvosailles.free.fr/violence/la%20violence%20faite%20aux%20enfants.pdf>
- 122. Julie Laforest, Pierre Maurice, Louise Marie Bouchard et al.**
Rapport québécois sur la VIOLENCE et la santé. (2018). Montréal : Institut national de *santé publique du Québec*. [cité 30 janvier 2023] *Disponible sur:*
https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_rapport_quebecois_violence_sante.pdf
- 123. Ministère de la santé marocain.**
Programme National de la Santé Pour la Prise en charge des Femmes et Enfants Victimes de Violence. Direction de la Population Division de la Santé Maternelle et Infantile. Service de la Protection de la Santé de la Mère. Unité de Lutte Contre la Violence Fondée sur le Genre. Année 2017.
[cité 31 janvier 2023] *Disponible sur:*
<https://www.sante.gov.ma/Publications/Guides-Manuels/Documents/document%20de%20cadrage%20ProgrammePrise%20en%20charge%20des%20femmes%20et%20enfants%20victimes%20de%20violence.pdf>
- 124. E.M. Bouchard , M. Tourigny , J. Joly et al.**
Les conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique et psychologique vécue pendant l'enfance. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique* 56 (2008) 333-344.
- 125. Danya glaser .**
Les conséquences de la maltraitance sur le développement cognitif de l'enfant. *Le Bulletin Officiel d'ISPCAN. Volume 16.2 - 2007.*
- 126. Global status report on preventing violence against children.**
Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
[cité 29 janvier 2023] *Disponible sur:*
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332394/9789240004191-eng.pdf>

127. Unicef.

Stratégie de l'unicef pour la protection de l'enfance (2021-2030).

[cité 30 janvier2023] Disponible sur:

https://www.unicef.org/media/107566/file/Child%20Protection%20Strategy%20document_FINAL_FR.pdf.pdf

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.
وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب
والبعيد، للصالح والطيح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.
وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أختاً لكل زميل في المهنة
الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي،

قوية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

الجوانب الطبية والشرعية للعنف ضد الأطفال

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2023/02/28

من طرف

الآنسة **مريم لبريمي**

المزودة في 23 ماي 1997 بفاس

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

اعتداء جنسي - سوء المعاملة - إيذاء الأطفال - العنف ضد القاصرين - العنف الجسدي

اللجنة

الرئيس

م. بوروس

السيد

أستاذ في طب الأطفال

المشرف

ع. دامي

السيد

أستاذ مبرز في الطب الشرعي

ع. بورهوات

السيدة

أستاذة في طب الأطفال

الحكام

ا. أغوتان

السيد

أستاذ في جراحة الأطفال