

Faculté de médecine  
Département de médecine  
Module de Médecine légale (Année universitaire : 2019-2020 ; Troisième rotation)  
Pr. ZERAIËRIA Yacine, maître de conférences en médecine légale, droit médical et éthique.  
Courriel : [zerairia.yacine@gmail.com](mailto:zerairia.yacine@gmail.com)

### **Intitulé du cours : La maltraitance à enfants**

#### **Objectifs :**

A la fin du cours, l'apprenant doit être en mesure de :

- 1- Reconnaître les différentes situations évoquant une maltraitance à enfants.
- 2- Identifier ses différentes complications et séquelles.
- 3- Connaître le cadre légal et réglementaire relatif à l'obligation de signalement de cette forme de violence.

#### **Plan :**

- I- Introduction.
- II- Définitions et terminologie.
- III- Différentes formes de la maltraitance.
- IV- Complications et séquelles.
- V- Expertise médico-légale.
- VI- Cadre légal et réglementaire.
- VII- Conclusion.
- VIII- Références bibliographiques.

## **I- Introduction**

Tous les enfants ont droit à la santé et à une vie sans violence. Cependant, chaque année, des millions d'enfants dans le monde sont témoins et victimes de violence physique, sexuelle et psychologique.

Au terme "Séviçes à enfants", on préfère aujourd'hui "maltraitance à enfants" en raison de l'évolution des connaissances et des mentalités.

Elle est reconnue à l'échelle internationale comme un grave problème de santé publique et de droits de la personne humaine, ainsi qu'un grave problème juridique et social.

Ce phénomène de société n'épargne aucune couche de la population et existe dans tous les pays, toutes les cultures, tous les milieux sociaux, économiques ou culturels. Cependant il existe des facteurs de prédisposition et de risque pouvant agir sur la survenue de cette forme de violence.

Elle est extrêmement fréquente et probablement largement sous estimée. Selon les données de l'enquête à indicateurs multiples MICS3 de 2006, UNICEF /Algérie, 86 % des enfants âgés de 2 à 14 ans ont subi des punitions physiques ou psychologiques par leurs parents ou leurs tuteurs.

Les auteurs de ces maltraitances sont souvent des connaissances de l'enfant. Il faut souligner le bas âge de l'enfant.

Le code pénal algérien (CPA), la loi relative à la santé (LRS) ainsi que le code de déontologie médicale (CDM) oblige le médecin à dénoncer ces maltraitances aux autorités compétentes administratives ou judiciaires.

## **II- Définitions et terminologie :**

### **1- A quoi correspond un enfant ?**

La définition de l'enfant figure aux articles premier de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant, deuxième de la Charte africaine sur les droits et le bien-être de l'enfant et deuxième de la loi algérienne relative à la protection de l'enfant : « tout être humain âgé de moins de 18 ans » ; en Algérie la majorité pénale est atteinte à l'âge de dix-huit ans révolus.

### **2- A quoi correspond un enfant maltraité ?**

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

Elle est classée en deux catégories :

- **Faits d'omission** : négligence lourde volontaire dans l'alimentation, dans l'hygiène de vie et dans les soins capable d'altérer la santé d l'enfant.
- **Faits d'action** : tout ce qui porte atteinte à l'intégrité physique (violences physiques et sexuelles) et mentale (cruauté mentale = psycho traumatismes) de l'enfant.

### 3- A quoi correspond un enfant à risque ?

L'enfant à risque est l'enfant qui connaît des conditions d'existence risquant de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation, son avenir ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité.

### 4- A quoi correspond un enfant en danger ?

L'enfant en danger regroupe l'ensemble des enfants maltraités et des enfants à risque.

## III- Différentes formes de la maltraitance :

1- **Maltraitance physique** : elle peut se manifester par :

- **Lésions tégumentaires** : il peut s'agir de :

- Hématomes, ecchymoses, érosions cutanées : caractérisés par leurs localisations inhabituelles (lombes, fesses, OGE, visage, oreilles et cuir chevelu, à la différence des hématomes habituels des membres inférieurs des jeunes enfants à l'âge de la marche) ; leurs âges différents ; leurs morphologies parfois évocatrice (fouet, fil, ceinture, morsure, sillons de ligotage).

- Brulures : par eau chaude (signes d'immersion volontaire) ; par cigarette.

- **Anomalies des phanères** : cheveux fins, irréguliers, avec parfois alopecie traumatique en plage.

- **Lésions des muqueuses** : lésions (plaie et ecchymose) du palais ainsi que celui du frein de la langue par cuillère lors d'une alimentation forcée (éliminer les autres causes).

- **Lésions squelettiques** : à rechercher systématiquement si l'enfant a moins de deux ans (un bilan radiographique complet) :

- Syndrome de SILVERMAN : fractures multiples et symétriques, métaphysaires, cunéiformes ou en anse de sceau, associées à des décollements périostés, d'âge et de localisation différents.
- Fractures de cotes : souvent postérieures ;
- Fractures des os longs : très suspectes si survenant chez un nourrisson avant l'âge de la marche ;

- Fractures des os propres du nez.
  - **Lésions neurologique :**
- par choc direct : présence de fractures crâniennes.
- ou par lésion de décélération : « Syndrome de l'enfant secoué » fait d'hématome sous dural + ou – contusions cérébrales sans lésions osseuses et surtout hémorragie rétinienne.
  - **Lésions viscérales :** hématome du foie, de la rate, du grêle et du pancréas. (Intérêt d'une échographie abdominale).

### **Diagnostics différentiels**

**a- Au niveau de la peau et des muqueuses :** pyodermites ; dermatoses bulleuses ; ecchymoses par troubles de la crasse sanguine (hémophilie, purpura thrombopénique, purpura rhumatoïde...).

**b- Sur le plan neurologique :** méningites ; hématome sous dural idiopathique ; désordre métabolique ; carences vitaminiques ; arriérations mentales.

**c- Devant les fractures :** rachitisme ; fragilité osseuse constitutionnelle ; ostéomyélite ; tuberculose osseuse ; tumeurs osseuses.

### **2- Abus sexuels :**

- L'abus sexuel inclut toutes les formes d'attouchements et de pénétration sexuelle.
- Soit par agression extrafamiliale, soit par abus sexuel intrafamilial, souvent de longue durée caché par l'enfant.
- Le diagnostic repose essentiellement sur l'interrogatoire de l'enfant (récit de l'enfant) qui doit être objectif et se dérouler dans un climat de calme et de confiance en utilisant le vocabulaire de l'enfant (dessin ou poupées pour les petits enfants).
- Les lésions spécifiques comportent l'existence de :
  - Lésions hyménales évidentes : déchirures, ecchymose ou contusion ;
  - lésions des grandes et petites lèvres : ecchymoses, hémtomes, érosions cutanées ou muqueuses, plaies ;
  - Lésions de la fourchette postérieure : lacération, cicatrices, ecchymose, érosion.
  - une béance anale ; fissure, plaie et érosion des plis radiés, condylome anal.
  - des saignements ou des hématomes vulvaires ou vaginaux ;
  - une vulvo-vaginite surtout si une IST est identifiée ;
  - un état de grossesse ;

- la présence de spermatozoïdes dans les prélèvements vaginal, vaginal, buccal (Intérêt des prélèvements).
- Le diagnostic d'abus sexuel est le plus souvent difficile notamment chez le jeune enfant.
- Il est important de souligner que l'absence d'anomalies de l'examen génital est fréquente et n'élimine en aucun cas le diagnostic.

### **3- Négligence lourde**

Il s'agit de la non satisfaction, intentionnelle, des besoins physiologiques (alimentation, hygiène, soins...) et/ou affectifs (amour parental, protection face au danger...) de l'enfant. On peut noter :

- a- Défauts de soins :** révélés par la présence de crasse ; d'odeur corporelle particulière ; de lésions de grattage ; un érythème fessier ; une vulvite ; une blépharite ; une rhinite persistante ; des signes d'exposition au froid ; un mauvais état dentaire.
- b- Défauts d'aliments :** appréciés par l'étude du panicule adipeux (rechercher une dénutrition) : la constatation d'un retard staturo-pondéral et du développement psychomoteur, d'une atrophie musculaire, de signes d'avitaminose.

La négligence doit être considérée comme une maltraitance quand ses conséquences peuvent être graves pour l'enfant : retard à consulter devant un symptôme de l'enfant (fièvre, douleur...), retard d'administration d'un traitement, absence de surveillance d'une situation à risque en fonction de l'âge de l'enfant, répétition des accidents et/ou intoxications chez un même enfant.

La reprise rapide de poids, le rattrapage d'un retard psychomoteur en milieu hospitalier sont de bons éléments en faveur du diagnostic.

### **4- Cruauté mentale**

Il s'agit de l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique : humiliation verbales ou non verbales, menaces verbales répétées, marginalisation systématique, dévalorisation systématique, exigence excessive disproportionnée par rapport à l'âge de l'enfant, consignes et injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter.

Elle peut entraîner :

- Un épuisement psychique de l'enfant : dépression, retard psychomoteur, désintérêt pour tout apprentissage avec écroulement scolaire...

- Une mise en place de pathologies de la personnalité : psychoses précoces ou plus tardives type schizophrénique ; pathologies limites ; psychopathies ; perversions.
- Des troubles de conduite : tentatives de suicides, automutilation, conduites d'hétéro agressivité, fugue.

#### **5- Formes cliniques particulières**

- a- **syndrome de Münchhausen par procuration** : situation dans laquelle une personne fabrique de façon persistante des symptômes à une autre personne ; il s'agit de la mère qui invente des symptômes ou fabrique des signes à son enfant, lui causant des examens physiques et des traitements innombrables, douloureux et inutiles.
- b- **maltraitance fœtale d'origine maternelle secondaire à la consommation de toxique par la mère** : syndrome d'alcoolisme fœtal, nouveau né de mère toxicomane.

#### **IV-Complications :**

- Risque de décès : non négligeable. Selon l'OMS, en 2002, 53 000 enfants ont été victimes d'homicides dans le monde.
- Risque de séquelles : psychoaffectives +++ (troubles du comportement ; troubles sexuels ; difficultés scolaires) ; dysmorphisme (cicatrices) ; neurologiques (retard mental ; comitialité) ; déformation (fractures).
  - Risque de récurrence (pour l'auteur) : si pas de mesures de prévention.
  - Transmission intergénérationnelle : 1/3 des parents maltraitants ont été maltraités.

#### **V- Expertise médico-légale :**

##### **A- sur enfant vivant :**

Voir l'enfant le plus précocement possible ; plusieurs examens peuvent être nécessaires pour suivre l'évolution des lésions ; il faut rétablir le polymorphisme de ces maltraitances ; étudier les dossiers des enquêteurs ; assistance sociales, officier de police judiciaire (OPJ), etc. ; intérêt de la photographie en couleur.

##### **1- Entretien :**

L'enfant est souvent apathique et craintif ; l'entretien avec l'enfant est difficile en raison de l'âge très jeune de la victime (défaut d'expression) d'une part, et de la dissimulation des faits par l'entourage (sujet tabou), d'autre part ; S'il est possible, il doit tenir compte de ce que l'enfant veut dire, de ce qu'il ne veut pas dire et de ce qu'il ne peut pas dire.

##### **2- Examen physique :**

Général, somatique et génito-anal (faire un bilan lésionnel exhaustif)

### 3- **Examen psychologique :**

Le contact de l'enfant lors de l'entretien est parfois révélateur : enfant triste, craintif, toujours sur ses gardes ; noter les troubles du comportement (trouble du sommeil, fugue, tentative de suicide, repli sur soi, agressivité) un retard psychomoteur, les troubles psychosomatiques (énurésie, encopésie, douleurs abdominales et pelviennes), difficultés scolaires.

### 4- **Diagnostic positif :** s'établi sur :

- Les constatations de l'examen physique de l'enfant : lésions caractérisées par leur multiplicité, âge différent, répétition, retard à l'hospitalisation.
- Les constatations de l'examen psychologique.
- L'amélioration spectaculaire, sans rechute, des lésions lors de l'hospitalisation.
- Le contexte psychosocial de l'entourage.
- Les discordances entre les constatations cliniques et les données de l'entretien avec les parents (notion d'hospitalisation antérieure pour un traumatisme mal expliqué).
- Le comportement des parents ou des tiers vis-à-vis de l'enfant (indifférence ou théâtralisme d'attachement), et vis-à-vis du médecin (agressivité ; menace de chantage en invoquant une autorité supérieure...).

### **B- Sur enfant mort :** le diagnostic repose sur :

- L'étude des commémoratifs : enquête des OPJ et des organismes administratifs.
- L'examen du corps : radiographie complète du squelette ; lésions de violence caractérisées par leur multiplicité, leur variété et sont d'âge différent.
- La pratique des crevés : révéleront des ecchymoses et des hématomes profonds.
- L'examen minutieux et attentif des viscères (examen toxicologique) : l'autopsie doit être complète même si la cause de la mort apparaît évidente.
- La nature des lésions excluant un suicide ou un accident ou un décès par un état pathologique.

## **VI-Cadre légal et réglementaire**

### **1- Obligation de signalement :**

Le « signalement » : est un acte professionnel écrit présentant, après évaluation, la situation d'un enfant en danger qui nécessite une protection judiciaire et /ou administrative.

Le signalement, qu'il soit judiciaire ou administratif, est décidé par le médecin et doit être expliqué aux parents.

La décision de la rédaction d'un signalement confrontent le médecin au respect du secret médical qui peut le placer dans une situation délicate entre :

- l'obligation de protéger l'enfant maltraité comme le dispose l'article 53 du CDM « le médecin, le chirurgien dentiste doit être le défenseur de l'enfant malade lorsqu'il estime que l'intérêt de la santé de celui-ci est mal compris ou mal perçu par son entourage »
- et le maintien de la confiance témoignée par la famille étant donné que la divulgation du secret médical est une infraction pénale au terme de l'article 301 du CPA.

Cependant, l'article 198 de la LRS, l'article 18 de la loi relative à la protection des enfants, et l'article 54 du CDM soulignent une dérogation légale lorsque des sévices sont commis à l'égard des enfants et personnes privées de liberté, dans ce cas le signalement ne peut pas engager la responsabilité du médecin s'il est effectué dans les conditions imposées par la loi. Mieux encore, la nouvelle loi punit quiconque révèle sciemment l'identité de l'auteur de la dénonciation, sans son consentement. (Article 134 de la loi du 15 juillet 2015)

En revanche, l'absence de mesures de protection mise en place par le médecin, lorsqu'il a connaissance de maltraitements subies par un mineur, peut être sanctionnée au terme de l'article 182 du CPA pour non assistance à personne en danger.

Le médecin doit signaler ces maltraitements aux autorités compétentes :

- Les autorités administratives : le médecin de la PMI ; le directeur de l'hôpital ; la direction des activités sociales ; le délégué national à la protection de l'enfance, ou son substitut présent dans chaque wilaya
- Les autorités judiciaires : le procureur de la république ou le juge des mineurs (soustraire l'enfant à sa famille et de le placer soit dans un centre, soit le confier à un autre parent).

En cas de danger imminent, avant le signalement, la meilleure solution est l'hospitalisation de l'enfant.

## **2- Répression de la MAE :**

Le CPA (les articles 269, 270, 271, 272 et 330) punit sévèrement les auteurs de ces sévices (de 1 an d'emprisonnement jusqu'à la peine capitale)

**Les circonstances aggravantes** sont : lien de parenté ou d'autorité ; si une infirmité permanente résulte de ces sévices ; si la mort en est résultée.

### **3- Protection de l'enfant :**

En 1989, l'ONU a adopté la convention internationale relative aux droits de l'enfant, premier instrument international consacré à la promotion de l'enfance. Elle reconnaît que les enfants sont titulaires de droits, en particulier le droit à la protection contre toutes les formes de violence, et les états parties sont tenus de prendre des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives en faveur des enfants ; cette convention a été ratifiée par l'Algérie le 19 décembre 1992.

La nouvelle loi n° 15-12 du 15 juillet 2015 relative à la protection de l'enfant vient renforcer l'arsenal juridique national en matière de protection de l'enfant et constitue un nouveau jalon dans l'édifice juridique national avec la création de l'organe national de la protection et de la promotion de l'enfance, présidé par le délégué national à la protection de l'enfance, en l'occurrence Mme. Meriem Cherfi.

### **VII- Conclusion**

La maltraitance à enfants constitue un problème fréquent, à dépister le plus vite possible pour éviter la récurrence, l'aggravation, les séquelles, voire la mort de l'enfant.

Toutefois, le diagnostic médico-légal est souvent difficile. Une bonne connaissance de certains signes ou tableaux cliniques évocateurs est indispensable. La présomption clinique devra être le plus souvent étayée d'examen complémentaires.

Le médecin isolé face à ce problème doit diriger le mineur vers des professionnels des maltraitances, d'autant que la loi, exceptionnellement, lui permet de rompre ou plutôt de partager le secret professionnel par le signalement judiciaire, médical ou administratif.

La décision de signaler un enfant en danger est nécessaire pour mettre en place les mesures de protection de l'enfant et sera au mieux réalisée au sein d'une équipe multidisciplinaire hospitalière (médecins, médecins légistes, psychologues, assistantes sociales).

Le signalement de toute maltraitance est un devoir légal et déontologique.

### **VIII- Références bibliographiques**

- 1- Code de déontologie médicale algérien. Décret exécutif n° 92/276 du 06/07/1992.
- 2- Code pénal algérien. Ordonnance n°66-156 du 08 juin 1966 portant code pénal modifiée et complétée. Secrétariat Général du Gouvernement, année 2007.
- 3- Franchitto N, Guerin-Franchitto L. Maltraitance à enfants. Le Praticien en anesthésie réanimation (2011) 15 : p. 110-118.

- 4- Haute autorité de santé. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur, La Revue Sage-Edition Elsevier Masson France 2011.
- 5- Loi n° 18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé. JORADP n°46 du 29 Juillet 2018.
- 6- Loi n° 15-12 du 28 Ramadhan 1436 correspondant au 15 juillet 2015 relative à la protection de l'enfant. Journal officiel de la république algérienne n° 39. 19 juillet 2015.
- 7- OMS et International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (IPSCAN). Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données. Genève, 2006 : 112 p.
- 8- OMS. La maltraitance des enfants et le manque de soin de la part des parents ou des tuteurs in, OMS. Rapport mondial sur la violence et la sante. Genève, 2002 : p. 63-95.
- 9- ONU. Convention internationale relative aux droits de l'enfant - Texte intégral – New York (USA), 20 novembre 1989 : 17 p.
- 10- Organisation de l'Unité Africaine. Charte africaine sur les droits et le bien-être de l'enfant. Addis-Abeba (Ethiopie), juillet 1990.
- 11- Sicot C. Rédaction du certificat en cas de maltraitance à enfant supposée ou avérée : gare aux pièges. Archives de Pédiatrie. Volume 7, Issue 8, August 2000 : p. 888-890.
- 12- UNICEF-Algérie La situation des enfants en Algérie, , 2013.