



Les répercussions psychologiques des maltraitements infantiles dans le contexte de la notion de cooccurrence : une série d'étude de 159 cas pris en charge au service de médecine légale de CHU Béni Messous à Alger -Algérie-

S. Haroual^{1-2*} – Y. Zerairia⁴⁻⁵ – K. Tahraoui¹⁻² – N. Sellami¹⁻² – O. Kaci¹⁻² – H. Benbetka¹⁻² – R. Snouber³

(1) Université des Sciences de la Santé d'Alger Youcef El Khatib – Algérie-

(2) Service de médecine légale, CHU de Bab El Oued, Alger – Algérie-

(3) Unité de consultation de psychologie, Service de médecine légale, CHU de Béni Messous, Alger

(4) Faculté de médecine d'Annaba – Algérie-

(5) Service de médecine légale d'Annaba – Algérie-

Avicenna medical research is licensed under a Creative Commons 4.0 International License.



ARTICLE HISTORY

reçu: 15 février. 2026

révision finale: 25 février 2026

accepté: 07 Mars 2026

publication en ligne: 01 Avril 2026

KEYWORDS

Maltraitements infantiles, répercussions psychologiques, difficultés de prise en charge,

CORRESPONDING AUTHOR

haroualsoftiane@gmail.com

DOI

10.34118/amr.v5i1.4530

A B S T R A C T

Introduction

La maltraitance infantile constitue un problème majeur de santé publique, aux conséquences multiples sur le développement psychologique, émotionnel et social de l'enfant. Cette étude vise à décrire le profil psychologique et les caractéristiques sociodémographiques des enfants victimes de maltraitance pris en charge en milieu médico-légal.

Méthodes

Étude transversale descriptive avec collecte prospective, menée au service de médecine légale du CHU Béni Messous (Alger) entre mars 2019 et novembre 2022. L'évaluation psychologique reposait sur les critères du DSM-5 pour le trouble de stress post-traumatique. Les données ont été analysées à l'aide des logiciels EpiData.

Résultats

Au total, 159 enfants ont été inclus, majoritairement âgés de 5 à 14 ans (60,4%), avec une prédominance masculine (73%). Près de la moitié des victimes avaient un niveau scolaire primaire. Les maltraitements survenaient principalement au domicile familial et étaient souvent associées. Des facteurs de risque parentaux, notamment la toxicomanie, étaient fréquemment retrouvés. L'évaluation psychologique a montré que la quasi-totalité des enfants présentaient des troubles compatibles avec un état de stress post-traumatique.

Conclusion

La maltraitance infantile est un phénomène complexe aux répercussions psychologiques majeures et durables, soulignant la nécessité d'une prise en charge précoce et multidisciplinaire.

1. Introduction

En termes généraux, on entend par « Violence à l'égard des enfants » tout tort causé intentionnellement à un enfant par une personne plus âgée que lui, ou toute menace en ce sens. La maltraitance, ou les mauvais traitements ou autrement appelé sévices envers les enfants, fait référence à toute forme de violence, d'abus ou de négligence commise par des adultes envers des mineurs [1].

Les maltraitements, sous leurs formes diverses, constituent des circonstances socio familiales qui sont susceptibles de provoquer de multiples traumatismes et d'engendrer des difficultés d'ordre émotionnelles, psychiques, relationnelles, cognitives, somatiques et comportementales. Plusieurs auteurs s'accordent à dire que la maltraitance vécue durant l'enfance perturbe le développement psychologique et l'adaptation sociale de l'enfant tout au long de son existence [2]. On peut appeler « maltraitance » toutes les situations où les besoins fondamentaux (besoins physiologiques, besoins de sécurité, besoin d'appartenance et un attachement précoce protecteur) et les droits des enfants ne sont pas respectés (droit à une vie décente, aux soins de santé, à l'enseignement) [3].

À travers le monde on distingue la maltraitance intrafamiliale perpétrée par les parents ou les personnes ayant autorité, qui représenteraient près de 80 % des situations, par rapport à la maltraitance survenue dans un milieu extrafamilial [4].

Selon la littérature scientifique et la classification « Diagnostic 0-3ans » (DC : 0-3 R, 2009) en vigueur, les effets des sévices envers les enfants aboutissent à des conséquences multiples et différentes, en effet, la précocité et la chronicité des maltraitements, entraînant une persistance d'un stress associé à un excès de cortisol, sont la cause de nombreuses conséquences sur le fonctionnement cérébral [5].

Dans les sociétés occidentales, selon Krug et al [6], la maltraitance infantile est encore très largement répandue et très souvent passée sous silence et ce, malgré le fait qu'elle soit de plus en plus au centre de nos discussions de par les écrits, les médias et les témoignages [7].

Plusieurs auteurs s'accordent à dire que la maltraitance vécue durant l'enfance perturbe le développement psychologique et l'adaptation sociale de l'enfant tout au long de son existence.

Les effets du stress chronique s'observent sur la mémoire, à travers une hyperactivité précoce, une analgésie à la douleur, une élévation du seuil de la vigilance, une suppression des défenses immunitaires, et des symptômes dissociatifs [8].

Relativement récente, la notion de cooccurrence, ou de violence multiple, provient du constat à l'effet que les enfants sont rarement victimes d'une seule forme de mauvais traitement dans la famille [9], et qu'il existe des liens étroits entre la violence parentale et la violence conjugale [10].

L'objectif principal de cette étude est de décrire le profil psychologique des enfants maltraités en étudiant les répercussions psychiques des sévices infantiles et les paramètres sociodémographiques des enfants victimes, pris en charge dans l'unité d'exploration médico-judiciaire du service de médecine légale du CHU Béni Messous - Alger.

2. Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive, avec collecte prospective des informations portant sur tous les cas des enfants victimes de maltraitements présumés détectés et pris en charge au sein de l'unité d'exploration médico-judiciaire du service de médecine légale du CHU Béni Messous d'Alger, durant la période allant du 01 Mars 2019 au 30 Novembre 2022, soit 45 mois.

▪ Les critères d'inclusion :

Pour la réalisation et la conception de cette étude on a inclus tous les critères et les paramètres des victimes âgés de moins de 18 ans le jour des sévices, des deux sexes, quelque soient leurs origines géographiques, se déclarant victimes de maltraitements, accompagnés de leurs parents (ou tuteur légal) ayant été consultés librement, sur réquisition judiciaire ou déposités.

Nous précisons qu'un même enfant victime de maltraitements et ayant bénéficié de plus d'un rapport médico-légal de constatation, durant la période d'étude, a été comptabilisé comme un nouveau cas ayant des antécédents de sévices.

▪ Les critères de non inclusion :

Nous n'avons pas inclus :

- Toutes les victimes de maltraitements ayant atteint l'âge de 18 ans le jour de l'agression.

- Les grands enfants et les parents des enfants refusant l'examen, ou refusant de répondre au questionnaire ou ayant manifesté une hésitation envers quelques items du questionnaire.

- Les autres formes de violences envers les enfants, à savoir les accidents de la circulation, de la voie publique ou les accidents sportifs.

A l'issue du recrutement, nous avons recensé 159 cas.

L'équipe de travail qui a participé au dépistage et à la prise en charge des enfants victimes est composée par ; Les Médecins Légistes (assistants, maitres assistants et professeurs), Les résidents en Médecine Légale, La psychologue clinicienne, Les infirmières et les infirmiers et la réceptionniste.

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

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

L'évaluation psychologique s'est appuyée sur les critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble de stress post-traumatique. La saisie et l'étude statistique ont été faites sur EpiData et EpiDataAnalysis.

Dans un 1er temps, une analyse descriptive de la population étudiée et des différentes données recueillies a été effectuée.

Les moyennes et les écarts-type ont été calculés pour les variables quantitatives et les pourcentages des variables qualitatives.

Dans un 2eme temps : Une analyse descriptive de chaque type de violence des différentes données recueillies. Cette étude a été réalisée conformément aux principes éthiques de la déclaration d'Helsinki. Le consentement éclairé du représentant légal a été obtenu pour chaque enfant. L'anonymat et la confidentialité des données ont été strictement respectés.

Limites de l'étude :

Cette étude de recherche s'est basée sur le recueil des données concernant les cas des maltraitances à l'encontre des enfants vus et pris en charge au niveau de l'unité d'exploration médico-judiciaire du CHU de Béni Messous ; la taille de notre échantillon est réduite

par rapport aux études transversales menées auprès de la population générale.

Ces limites ne nous permettent pas d'extrapoler nos résultats à la population générale, mais les hypothèses dégagées des analyses des données de cette étude doivent être considérées comme préliminaires et demeurent invérifiables au-delà de ce qui ressort des données transmises par les autorités judiciaires.

Le recueil des données a été réalisé par des médecins différents. Il est donc possible que certains items du questionnaire n'aient pas pu avoir la même signification notamment en ce qui concerne les circonstances des maltraitances.

3. Resultats :

Durant la période d'étude qui était de 45 mois, nous avons pris en charge 159 enfants victimes de maltraitance toutes formes confondues sur un nombre total de 483 consultations infantiles ; ceci représente environ 32,9% de l'ensemble des consultations infantiles médico-légales de l'unité d'exploration médico-judiciaire du CHU Béni Messous d'Alger (Figure 1).

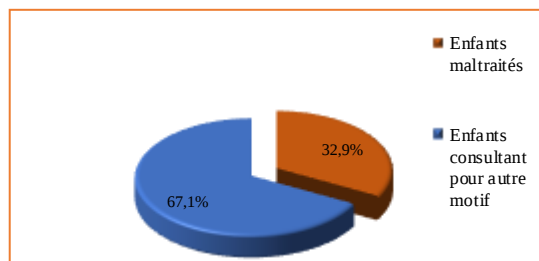


Figure 1: La fréquence des maltraitances infantiles au cours de la période d'étude.

Presque deux tiers de nos patients (60,4%) étaient âgés entre 5 et 14 ans (Figure 2), à signaler aussi que 16,7% des victimes étaient des enfants de moins de 5 ans.

La majorité masculine de notre effectif (73%) (Figure 2), et la prédominance des enfants âgés entre 5 et 14 ans (Figure 2), font que les garçons adolescents restent les victimes les plus rencontrées et les plus violentées.

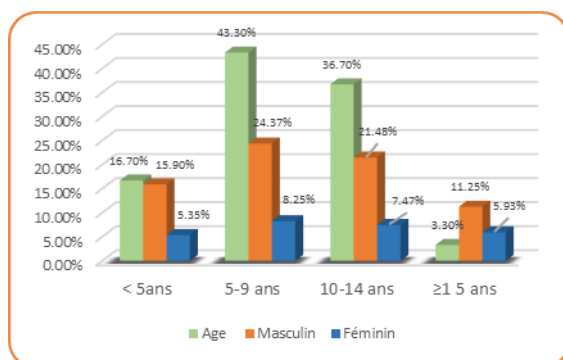


Figure 2: Répartition des victimes de maltraitance infantile selon l'âge et le sexe

Presque la moitié (soit 49,5%) des victimes avaient un niveau scolaire primaire, avec un taux cumulé des scolarisés de 69,7% (Figure 3).

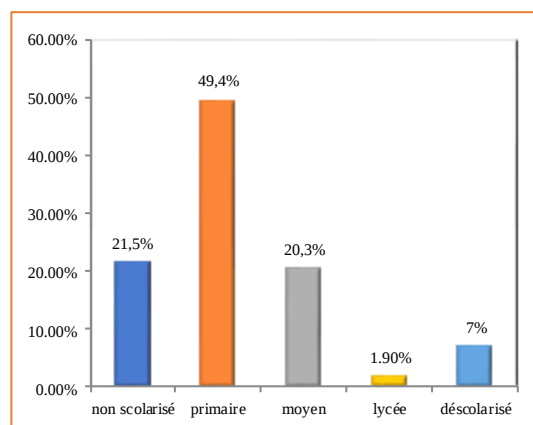


Figure 3: Répartition des victimes de maltraitance infantile selon le niveau scolaire

La majorité des personnes prenant soins de l'enfant (généralement les parents et en particulier le père) présentaient des facteurs de risque à savoir essentiellement 32,1% toxicomanie, 20,7% alcoolisme et 17,6% un problème de santé mentale (Figure 4).

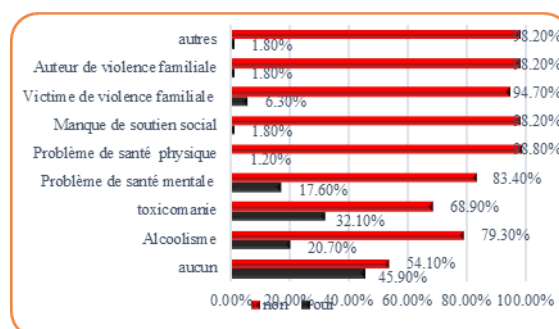


Figure 4: Répartition des victimes de maltraitances infantiles selon les facteurs de risque inhérent aux parents

Dans notre étude plus de la moitié (61,6%) des parents de victimes avaient un travail à temps plein, seulement 10,7% des parents n'avaient aucun revenu (Figure 5).

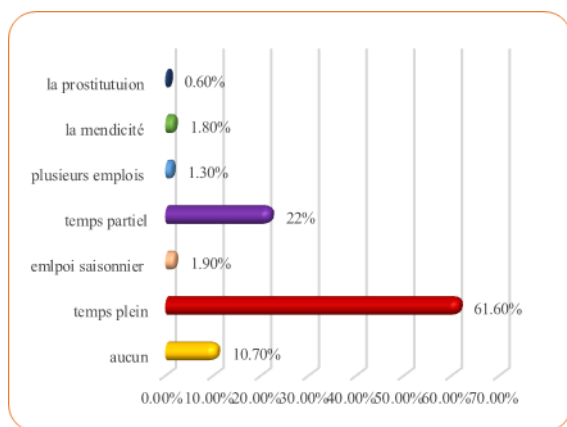


Figure 5: Répartition des victimes de maltraitance infantile selon le niveau socio-économique des parents

Le niveau d'instruction des parents des victimes se situait essentiellement entre le moyen et le secondaire avec un taux de 69,1% des cas pour le père et 62% des cas pour la mère (Figure 6).

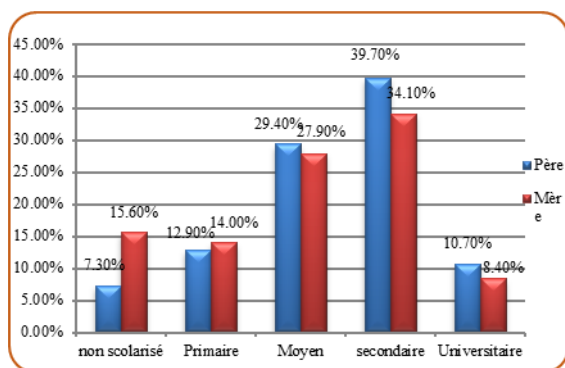


Figure 6: Répartition des victimes de maltraitance infantile selon le niveau d'instruction des parents

Plus de la moitié des parents étaient mariés, 17% étaient divorcés et 6,7% en instance de divorce (Figure 7).

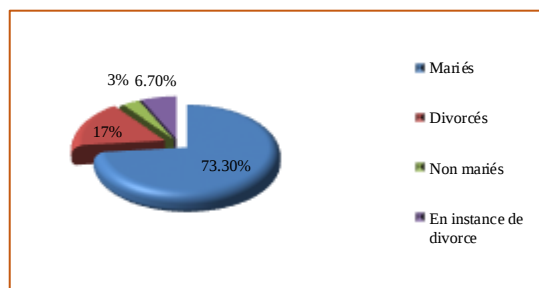


Figure 7: Répartition des victimes de maltraitance infantile selon la situation familiale des parents

Les différents types de maltraitements étaient associés dans la majorité des cas, sur les 159 cas de violence enregistrées, Presque un cas sur deux (46.5%) était une association de mauvais traitements, près d'un cas sur Cinq (18.9%) était une violence physique, Près d'un cas de violence répertorié sur 5 (18.9%) était de nature sexuelle. 15.7% était de nature psychologique (Figure 8).

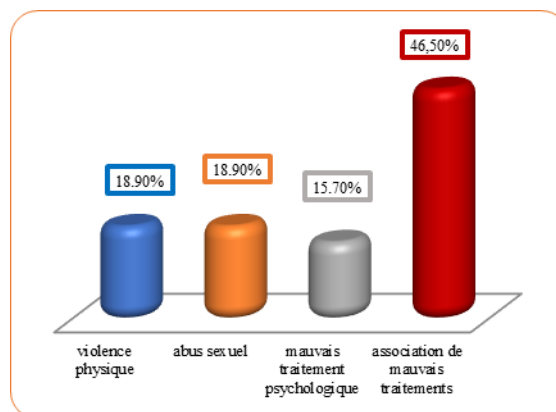


Figure 8: Répartition des victimes de maltraitance infantile selon la nature du mauvais traitement

Ces maltraitements se sont déroulées au domicile familial (54,1%), à l'école (23,3%) (Figure 9).

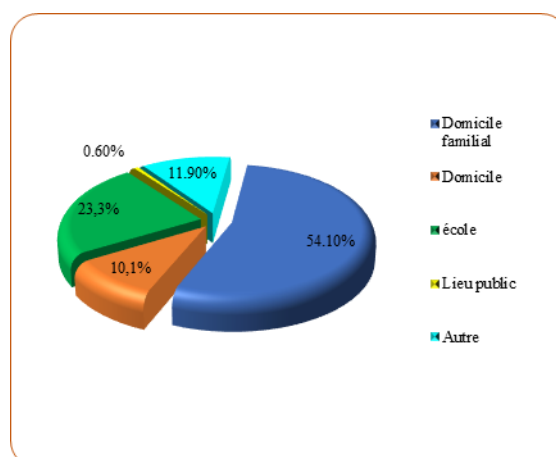


Figure 9: Répartition des victimes de maltraitance infantile selon le lieu de production

Les données de l'examen psychologique des victimes nous a permis d'observer que presque la totalité des cas avaient présenté un ou plusieurs troubles psychologiques polymorphes, dont les plus fréquents

sont l'anxiété dans 70,4% des cas, le retrait dans 65,4% des cas pour les maltraitements physiques (Figure 10),

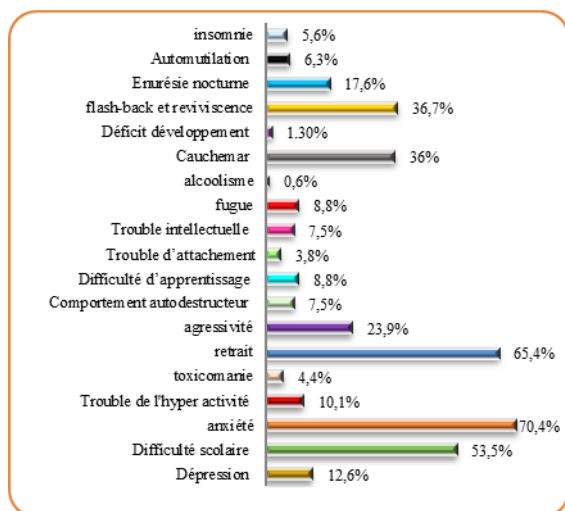


Figure 10: Répartition des victimes de **mauvais traitement physique** selon les problèmes réactionnels de l'enfant

pour les abus sexuels les troubles étaient dominés par l'anxiété (60%), le retrait (56,7%) et l'énurésie nocturne (40%) (Figure 11),

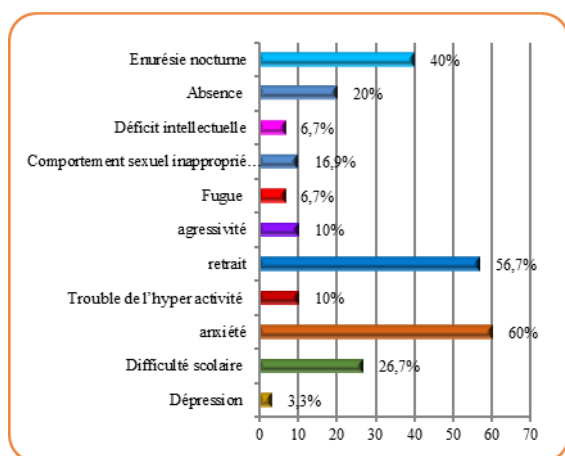


Figure 11: Répartition des victimes d'**abus sexuel** selon les problèmes réactionnels de l'enfant

quant aux sévices psychologiques le tableau était dominé par la difficulté scolaire (76%), le retrait (76%) et l'anxiété (56%) (Figure 12) qui rentre tous dans le cadre d'un état de stress post traumatique (post-traumatic stress disorder) (PTSD).

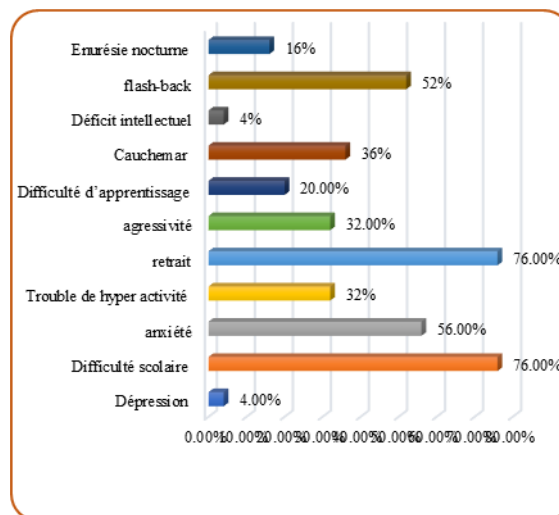


Figure 12: Répartition des victimes de **mauvais traitement psychologique** selon les problèmes réactionnels de l'enfant

4. Discussion :

Dans notre étude, nous avons pris en charge 159 enfants victimes de maltraitance toutes formes confondues (32,9%) qui représentent une prévalence considérable dans notre pratique hospitalière et qui est comparable aux résultats de l'étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (36%) [11] et rejoint aussi les chiffres rapportés par l'étude marocaine réalisée par B. Jellab à Marrakech en 2007 qui explique que durant 7 années d'études, 65 % des enfants admis au centre d'écoute sont maltraités et 35 % sont considérés à risque [12].

L'âge moyen de nos victimes de maltraitance était de 9.34 ± 3.88 ans avec des extrêmes allant de 1an à 17ans, dont 42.8% des patients ont un âge entre 5 et 9 ans, ce qui rejoint l'étude de B. Jellab qui montre que l'âge moyen des enfants est de 11 ans, avec des extrêmes d'un mois et 18 ans, et la tranche d'âge la plus touchée est celle de 6-12 ans, soit 42,5% de l'ensemble des enfants maltraités [12].

Cela nous renseigne parfaitement sur l'étude de L. Leguay en 2013 révélant que l'âge moyen au moment de la consultation est de 9 ans et 7 mois avec une moyenne de 8 ans et 2 mois pour les garçons et de 10 ans et 3 mois pour les filles.

La médiane est de 9 ans et 11 mois [13].

L'immaturation (physique, psychologique, émotionnelle, intellectuelle, etc.) liée au jeune âge, est un des déterminants de la maltraitance exercée par les adultes à l'égard des enfants.

Dans notre étude toute catégorie d'âge est touchée par ce phénomène avec une légère prédominance de la tranche d'âge entre 5 et 9 ans (42.8%) ; ensuite vient la tranche d'âge comprise entre 10 et 14 ans (37,1%)

Notre étude révèle une prédominance masculine dans la population étudiée (73%) garçons et (27%) filles, soit un sexe ratio de 1.4 garçons pour 1 fille.

On retrouve dans l'étude de X. Benarous en 2014 [14] que les pays à hauts revenus, le sex-ratio est globalement égal 1 à excepté pour les abus sexuels plus fréquents chez les filles.

En revanche dans les pays à bas revenus, on retrouve davantage d'infanticide et de négligence grave chez les filles alors que les garçons sont plus à risque de châtiments corporels [14].

Par contre l'étude de B. Jellab en 2007 [12], montre que le sexe féminin prédomine et rejoint l'étude française de L. Leguay en 2013 [13].

Dans l'étude A. Labeys en 2017 ; sur 200 enfants de maltraitance, quatre enfants sur dix sont des filles [15].

La prédominance du sexe masculin dans notre étude est due à la prédominance des violences physique par rapport aux autres formes de maltraitance où le garçon est plus violenté que la fille.

Dans la plupart des pays, les filles risquent plus que les garçons d'être victimes d'agression sexuelles, et d'être entraînées dans la prostitution forcée.

La majorité de nos victimes étaient scolarisées (soit 71,5%) et presque la moitié des victimes avaient un niveau scolaire primaire, ce qu'on retrouve dans l'étude de B. Jellab en 2007 [12] et de A. Labeys en 2017 ; la moitié des enfants victimes suivaient une scolarité normale sans retard [15]. Ainsi le milieu scolaire mérite d'être analysé de près en ce qui concerne les maltraitements infantiles intra scolaires. Le fait que l'enfant quitte le domicile pour rejoindre l'école ne le met pas à l'abri des différentes formes de maltraitements que ce soit dans la rue ou même dans l'école sans autant banaliser le milieu intrafamilial dans la survenue des maltraitements infantiles.

La majorité des personnes prenant soins de l'enfant présente un problème de santé ou un facteur de risque qui pourrait exposer l'enfant à la maltraitance. Ces facteurs de risques sont essentiellement 32.1% toxicomanie, 20.7% alcoolisme et 17.6% un problème de santé mentale.

Ce qui correspond avec les chiffres de l'étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants [11] :

(27% de problème de santé mentale, 21% alcoolisme, 17% toxicomanie) et l'étude de A. Labeys [15] 63% des dossiers étudiés renseignaient la présence ou non d'antécédent psychiatrique. L'existence d'un trouble psychiatrique chez l'un des parents est un facteur de risque de maltraitance connu même si la grande majorité des agresseurs ne présente pas de trouble caractérisé.

L'abus de toxique (alcool ou drogue) est un facteur de risque d'incident impliquant l'ensemble de la famille, notamment de violence conjugale et/ou de maltraitance infantile.

Dans notre étude plus de la moitié (61.6%) des parents de victimes avaient un travail à temps plein, seulement 10.7% des parents n'avaient aucun revenu avec un niveau d'instruction se situait entre le moyen et le secondaire avec un taux de 69,1% des cas pour le père et 62% des cas pour la mère ; ces chiffres correspondent avec les différentes études et analyses à travers le monde notamment celle de A. Labeys en [15] ainsi que l'étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants [11].

Cela nous renseigne sur cette situation de promiscuité, de désorganisation familiale, des conditions socio-économiques médiocres et un niveau d'instruction des parents moyen, déstabilisant le noyau du foyer rendant la communication pauvre au sein de la famille.

En effet, dans le cas des familles pauvres, nous savons maintenant que les problèmes de santé, les bouleversements émotifs et les inquiétudes liées au manque de revenus peuvent affecter la perception des parents envers leurs enfants, ainsi que leurs comportements [16].

Plus de la moitié des parents étaient mariés, 17% étaient divorcés et 6,7% en instance de divorce ce qui concorde avec l'ensemble des études notamment celle de B. Jellab [12] et de L. Leguay [13]. En effet les conflits conjugaux représentent un facteur de risque envers l'enfant puisque les parents peuvent projeter leurs difficultés conjugales sur l'enfant sous forme de sévices ou de négligence [16].

Les conflits conjugaux et surtout la violence conjugale peuvent avoir des répercussions directes sur le développement de l'enfant [17,18]. Les enfants, particulièrement les garçons, qui ont été témoins d'actes de violence dans le milieu familial risquent davantage d'adopter un comportement violent à l'âge adulte [19,20].

Ces violences intra- familiales conduisent l'enfant à intérioriser le schéma de la violence dans ses rapports

avec les autres et à considérer la violence comme un moyen acceptable pour résoudre les conflits [21].

Dans notre population d'étude et conformément aux données de la littérature internationale avec des proportions variées ; Les différents types de maltraitements sont associés dans la majorité des cas, ainsi sur les 159 cas de violence enregistrées, Presque un cas sur deux (46.4%) est une association des mauvais traitements, près d'un cas sur Cinq (18.9%) est une violence physique, Près d'un cas de violence répertorié sur 5 (18.9%) est de nature sexuelle. 15.7% est de nature psychologique, ça rejoint les résultats l'étude de B. Jellab [12] et X. Benarous [14] ainsi que l'étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants [11] ; dans cette dernière il a été recensé un maximum d'association de trois formes de mauvais traitements à la fois dont les combinaisons les plus fréquemment observées étaient la négligence et l'exposition à la violence conjugale (3773 cas), la violence psychologique et l'exposition à la violence conjugale (2367 cas), la négligence et la violence psychologique (2295 cas), la violence physique et la violence psychologique (2281 cas) ainsi que la violence physique et l'exposition à la violence conjugale (1 484 cas).

La prédominance de l'association des mauvais traitements consolide le concept de la cooccurrence ou de violence multiple, provient du constat que les enfants sont rarement victimes d'une seule forme de mauvais traitement dans la famille.

La considération de la cooccurrence des différentes formes et types de violence envers les enfants est désormais incontournable ; les études montrant que les expériences de violence multiples vécues par les enfants et les adolescents sont davantage la norme plutôt que l'exception, et que l'accumulation de victimisations entraîne davantage de conséquences sur l'enfant que leurs formes individuelles [22,23].

Dans cette étude, le lieu de la maltraitance est dominé par le domicile familial (46.7%), généralement en après-midi, ou en début de soirée (69%) et plus de la moitié des auteurs présumés de violences envers les enfants sont des membres de la famille. De plus, 63.3% des maltraitements sont commises par la figure parentale principale, dont la majorité de ces cas sont le père, qui s'inscrit dans le cadre de la violence intrafamiliale retrouvée dans diverses études, notamment celles de B. Jellab (40% foyer familial) [12] et de X. Benarous [14] (dans tous les cas d'homicides relevés dans notre étude, l'auteur était l'un des deux parents), et même dans l'étude canadienne sur l'incidence des signalements de violence et de négligence envers les enfants [11] (les victimes ont désigné un membre de la famille comme auteur des violences dans 53,7% des affaires totales,

84,8% des violences physiques répétées. Dans les affaires de syndrome du bébé secoué, l'auteur des faits était majoritairement inconnu 54,2%, ce qui veut dire qu'il n'a pas été identifié par l'enquête. Dans les cas où il était connu, il s'agissait de l'un ou des deux parents.).

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

Nous avons étudié l'impact de la maltraitance sur le fonctionnement psychologique ainsi que sur le vécu corporel de l'enfant et cela nous a permis d'observer que presque la totalité des cas avaient présenté un ou plusieurs troubles psychologiques polymorphes, dont les plus fréquents sont l'anxiété dans 70,4% des cas, le retrait dans 65,4% des cas pour les maltraitements physiques, pour les abus sexuels les troubles étaient dominés par l'anxiété (60%), le retrait (56,7%) et l'énurésie nocturne (40%), quant aux sévices psychologiques le tableau était dominé par la difficulté scolaire (76%), le retrait (76%) et l'anxiété (56%) qui rentre tous dans le cadre d'un état de stress post traumatique (post-traumatic stress disorder) (PTSD) ; ce qui correspond aux données de l'étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants [11] (anxiété/isolement 19%, difficulté scolaire 23% et agressivité 15%). Nos chiffres correspondent aussi aux chiffres de l'étude de B. Jellab [12] et de X. Benarous [14] ainsi que les études de Y. Zerairia d'Annaba [24] et de S. Atrous d'Alger [25].

Il est rappelé que ces signes généraux, bien qu'hétérogènes, peuvent être un mode d'expression important des répercussions psychologiques de la maltraitance sur l'enfant.

Ces troubles psychologiques reflètent un état de stress post-traumatique (PTSD) et c'est pour cette raison qu'il est nécessaire d'examiner systématiquement les conséquences des mauvais traitements infligés aux enfants.

L'état de stress post-traumatique comprend un syndrome de remémoration ou de reviviscence, un syndrome phobique, un émoussement de la réactivité générale et un état d'alerte avec une hyper activation neurovégétative, encore présents plus d'un mois après l'événement¹. Le diagnostic de trouble de stress post-traumatique a été retenu sur la base des critères du DSM-5, incluant la reviviscence, l'évitement, l'hypervigilance et les troubles cognitifs persistants. Toutefois, l'absence d'échelles standardisées constitue une limite pouvant conduire à une surestimation de la prévalence.

Les perturbations émotionnelles et les troubles du comportement rendent la concentration plus difficile et des difficultés d'apprentissage s'ensuivent.

Le développement de l'enfant est contrarié par l'apparition de ces troubles cognitifs, ces différents éléments se traduisent souvent par des résultats scolaires faibles et des redoublements.

Ces difficultés cognitives, lorsqu'elles sont associées à des difficultés relationnelles et à un manque d'estime de soi, entachent parfois la réussite socioprofessionnelle de l'adulte.

Il peut évoluer sur plusieurs années, se compliquer et perturber fortement le développement de l'enfant [26].

Certaines recherches mettent également en évidence que les filles sont deux fois plus nombreuses que le garçon à développer un PTSD, alors que d'une façon générale, le taux d'exposition à un traumatisme est nettement plus prégnant dans la population masculine.

Il semble également que la persistance du PTSD sera d'autant plus longue que la victime est directe (et non témoin), de sexe féminin, et/ou que le traumatisme a eu lieu tôt dans sa vie.

De nombreux auteurs se sont intéressés à la comorbidité et ont constaté que la majorité des enfants présentant un PTSD manifestent soit un trouble anxieux soit une addiction.

Glaser et al. Confirment que les effets du traumatisme sont d'autant plus nocifs et durables que le traumatisme est survenu tôt dans la vie [27]. Von Klitzing et Lutz ont également mis en évidence que les enfants traumatisés peuvent compter dans leurs séquelles un excès de pulsions destructrices et/ou une restriction évitante, qui sont deux modes réactionnels, diminuant l'un comme l'autre la capacité narrative [28].

5. Conclusion :

La maltraitance infantile sous toute ces formes est fréquente mais reste toujours sous-estimée et sous-évaluée. Elle représente un phénomène complexe, divers avec évolutivité importante. Elle résulte de l'interaction d'un ensemble de facteurs d'ordre individuel, environnemental et social. Ce phénomène impose une lecture à plusieurs niveaux : médical, psychologique (individuelle, familiale, inter et transgénérationnelle) mais aussi social et juridique.

Les maltraitements à l'égard des mineurs comportent des effets à court et à long terme. L'impact traumatique sur la victime se limite rarement à la période de l'agression directe, il se poursuit bien des années après les faits, de manière évidente, visible ou de façon détournée,

latente. Le stress traumatique engendre diverses affections et intervient dans différents tableaux nosographiques dont le PTSD. D'une manière générale, l'enfant qui a été victime d'un traumatisme connaît une détresse qui se traduit, entre autres, par le fait de revivre l'évènement constamment (le souvenir est « insistant », il envahit les pensées et/ou les rêves). De là découle le comportement légitime de vouloir éviter tout ce qui rappelle le traumatisme

(Stimuli associés), au risque de voir son élan vital émoussé. Lorsque le traumatisme est intrafamilial, l'évitement peut porter également sur les membres de la famille qui se trouvent associés au traumatisme, ce qui engendre d'importants troubles relationnels au sein de la famille.

La prise en charge psychologique est systématique qui vise à abrégé ou diminuer les violences psychologiques que subit l'enfant. Elle tentera de prévenir leur récurrence.

La prévention reste le meilleur moyen de lutte contre ce fléau, elle représente une priorité sur le plan social, éducatif, sanitaire et juridique.

REFERENCES:

1. Teicher M, Samson JA, Sheu YS, Polcari A, Mc Greenery CE. Hurtful words: association of exposure to peer verbal abuse with elevated psychiatric symptom scores and corpus callosum abnormalities. *Am J Psychiatry* 2010 ; 167 :1464—71.
2. Gouvernement du Québec. Loi sur la protection de la jeunesse. [En ligne]. Québec : Éditeur officiel du Québec, 2016. Disponible sur : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P34.1> (consulté le 22 décembre 2016).
3. Gillet. M, Legros. F, Fraeys. I, Lambotte. I. Impact de la maltraitance sur le fonctionnement psychologique et le vécu corporel de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 72(2), 83-90. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2023.10.003>
4. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* January 03, 2009 ; 373 :68-81.
5. Teicher MH, Samson JA. Maltraitance infantile et psychopathologie : plaidoyer pour des variantes écophénotypiques en tant que sous-types cliniquement et neurobiologiquement distincts. *Journal américain de psychiatrie*. 2013 oct ;170(10) :1114-33

6. Wattel I. Portrait des conséquences associées aux maltraitements infantiles intrafamiliaux à partir d'une recension d'écrits scientifiques. *Psycause : revue scientifique étudiante de l'école de psychologie de l'université Laval* 2020 ;10(1) :28–44.
7. M. Berger, C. Castellani, K. Ninoreille, T. Basset. Stress dus aux traumatismes relationnels précoces : conséquences cérébrales de la perturbation de la sécrétion du cortisol sanguin chez les nourrissons. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* Août 2010 58(5) :282-292
8. De Becker. E, Leurquin. F. (2010). L'impact des maltraitements physiques infantiles. *Annales médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 168(10), 746751. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.am.p.2009.06.022>
9. Higgins D. J., McCabe M. P. Multiples formes de maltraitance et de négligence envers les enfants : témoignages rétrospectifs d'adultes. *Agression et comportement violent*. Novembre 2001. Vol. 6, n°6, p. 547-578. DOI: 10.1016/S1359-1789(00)00030-6
10. Shipman K. L., Rossman B. B. R., West J. C. « Co-occurrence de la violence conjugale et de la maltraitance infantile : implications conceptuelles. *Psychologie, sociologie, maltraitance infantile*. 1 mai 1999. Vol. 4, n°2, p. 93-102. DOI : 10.1177/1077559599004002002
11. Trocmé, N., & Wolfe, D. (2010). Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants. Agence de la santé publique du Canada website : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications.html>
12. Jellab, B. (2007). Les enfants victimes de maltraitance à Marrakech (Thèse de Doctorat, Faculté de médecine et de Pharmacie - Marrakech <https://toubkal.imist.ma/handle/123456789/5>).
13. L. LEGUAY « Mineurs victimes de violences : éléments médico-légaux et suites judiciaires – analyse de 682 dossiers (2006-2011) » Thèse pour le doctorat en médecine.
14. Benarous, X, Consoli, A, Marie, R, & Cohen, D. (2014). Abus, maltraitance et négligence : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux Abuse. *Neuropsychiatrie De l'enfance Et De l'adolescence*, 62(5), 299-312. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2014.04.005>
15. A. LABEYS « approche dimensionnelle des symptômes psychiques impactant le développement d'enfants victimes de maltraitance physique : implication en pratique courante au cabinet de médecine générale » thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01931795.
16. Wendy S. Folsom, M. Christensen. La concomitance de la maltraitance infantile et de la violence domestique : un enjeu de prestation de services pour les professionnels du secteur social. *Sociologie, Journal de travail social pour enfants et adolescents*. Volume 20 1er octobre 2003. P 375–387. DOI : 10.1023/A :1026047929774.
17. G. Bedi, C. Goddard. Violences conjugales : quelles sont les conséquences pour les enfants ? *Sociologie, Psychologie*. Volume 42, 2007. P 66-77. DOI : 10.1080/00050060600726296
18. L. Hooker, Rae Kaspiew, Angela J. Taft. Violence domestique et familiale et parentalité : perspectives méthodologiques mixtes sur l'impact et les besoins de soutien. *Sociologie*. 68p. <https://doi.org/10.26181/21979991>
19. Dick, G. Être témoin de violence conjugale durant l'enfance : perceptions des hommes concernant leurs pères. *Journal of Social Service Research*, 32 (2), 1–24. https://doi.org/10.1300/J079v32n02_01
20. Schelbe, L., Geiger, JM. Facteurs de risque associés à la transmission intergénérationnelle de la maltraitance infantile. Dans : *Transmission intergénérationnelle de la maltraitance infantile*. Springer Briefs in Social Work. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-43824-5_4
21. Hellmann, D.F., Stiller, A., Glaubitz, C. et Kliem, S. (2018). Pourquoi les victimes deviennent-elles agresseurs ? Transmission intergénérationnelle de la violence parentale dans un échantillon représentatif allemand. *Journal of Family Psychology*, 32 (2), 282–288. <https://doi.org/10.1037/fam0000391>
22. Finkelhor D., Ormrod R. K., Turner H. A. La polyvictimisation : une composante négligée de la victimisation des enfants. *Négligence envers les enfants* Janvier 2007. Vol. 31, n°1, p. 7-26. DOI : 10.1016/j.chiabu.2006.06.008
23. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E and Janson S (2009). Fardeau et conséquences de la maltraitance infantile dans les pays à revenu élevé.

Maltraitance infantile. Volume 373(9657) : p
68-81. DOI : 10.1016/S0140-6736(08)61706-7

24. Y. Zerairia « Etude épidémiologique et médico-légale des abus sexuels à l'égard des enfants à travers l'expérience du service de médecine légale du CHU d'Annaba. Années : 2012, 2013, 2014.

25. S. Atrous « les violences sexuelles sur mineurs : aspects médico-légaux, juridiques et épidémiologiques, service de médecine légale EPH Rouiba »

26. Wattel I. Portrait des conséquences associées aux maltraitances infantiles intrafamiliales à partir d'une recension d'écrits scientifiques. *Psycause : revue scientifique étudiante de l'école de psychologie de l'université Laval* 2020 ;10(1) :28-44 DOI : <https://doi.org/10.51656/psycause.v10i1.30454>

27. Glaser JP, van Os J, Portegijs PJ, Myin-Germeys I. Traumatismes infantiles et réactivité émotionnelle au stress quotidien chez les adultes consultant fréquemment un médecin généraliste. *J Psychosom Res.* 2006 Aout ;61(2) : 229-36.doi : 10.1016/j.jpsychores.2006.04.014. PMID : 16880026.

28. Von Klitzing K, Lutz-Latil N. La narration chez les enfants traumatisés. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2003 ;51 : p 75-80. [https://doi.org/10.1016/S0222-9617\(03\)00018-7](https://doi.org/10.1016/S0222-9617(03)00018-7)