



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

ANNEE 2007

THESE N°48

LES ENFANTS VICTIMES DE MALTRAITANCE A MARRAKECH

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE / /2007
PAR

Mr. **BADR JELLAB**

Né le 30/04/1981 à MARRAKECH

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS CLES

ENFANT MALTRAITE – FACTEURS DE RISQUE – DROIT – PREVENTION

JURY

Mr. **A. ALAOUI YAZIDI**

Professeur de Pneumo-Phtisiologie

PRESIDENT

Mr. **A. ABOUSSAD**

Professeur de Pédiatrie

RAPPORTEUR

Mr. **M. SBIHI**

Professeur de pédiatrie

Mme. **I. TAZI**

Maître de conférence agrégée en Psychiatrie

Mr. **M. LATIFI**

Maître de conférence agrégé en Traumato-Orthopédie

Mme. **Z. Mrini**

Professeur en Géologie

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

”رب أوزعني أن أشكر نعمتك
التي أنعمت عليّ وعلى والديّ
وأن أعمل صالحاً ترضاه وأصلح
لي في ذريتي إني تبت إليك
وإني من المسلمين“
صدق ا العظيم.

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

DOYENS HONORAIRES : Pr. MEHADJI Badie- azzamann

VICE DOYENS HONORAIRES : Pr. FEDOUACH .Sabah

: Pr. AIT BEN ALI .Said

ADMINISTRATION

DOYEN : Pr. Abdelhaq .ALAOUI YAZIDI

VICE DOYEN : Pr. Najib. BOURASS

PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Pr. ALAOUI YAZIDI	Abdelhaq	Pneumo-Phtisiologie
Pr. ABBASSI	Hassan	Gynécologie-Obstétrique
Pr. ABOUSSAD	Abdelmounaim	Pédiatrie
Pr. AIT BEN ALI	Said	Neurochirurgie
Pr. BOUSKRAOUI	Mohamed	Pédiatrie
Pr. EL IDRISSI DAFALI	My abdelhamid	Chirurgie Générale
Pr. ESSADKI	Boubker	Traumatologie
Pr. FIKRI	Tarik	Traumatologie
Pr. KRATI	Khadija	Gastro-Entérologie
Pr. OUSEHAL	Ahmed	Radiologie
Pr. RAJI	Abdelaziz	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. SBIHI	Mohamed	Pédiatrie
Pr. SOUMMANI	Abderraouf	Gynécologie-Obstétrique

PROFESSEURS AGREGES

Pr. ABOUFALLAH	Abderrahim	Gynécologie – Obstétrique
Pr. AMAL	Said	Dermatologie
Pr. AIT SAB	Imane	Pédiatrie
Pr. ASRI	Fatima	Psychiatrie
Pr. ASMOUKI	Hamid	Gynécologie – Obstétrique
Pr. BELAABIDIA	Badia	Anatomie – Pathologique
Pr. BEN ELKHAIAT	Ridouan	Chirurgie – Générale
Pr. BOUMZEBRA	Drissi	Chirurgie Cardiovasculaire
Pr. BOURASS	Najib	Radiothérapie
Pr. CHABAA	Leila	Biochimie
Pr. EL HASSANI	Selma	Rhumatologie
Pr. ESSAADOUNI	Lamiaa	Médecine Interne
Pr. FINECH	Benasser	Chirurgie – Générale
Pr. GHANNANE	Houssine	Neurochirurgie
Pr. GUENNOUN	Nezha	Gastro – Entérologie
Pr. KISSANI	Najib	Neurologie
Pr. LATIFI	Mohamed	Traumato – Orthopédie
Pr. LOUZI	Abdelouahed	Chirurgie générale
Pr. MAHMAL	Lahoucine	Hématologie clinique
Pr. MANSOURI	Nadia	Chirurgie maxillofaciale Et stomatologie
Pr. MOUDOUNI	Said mohamed	Urologie
Pr. MOUTAOUAKIL	Abdeljalil	Ophtalmologie
Pr. TAZI	Imane	Psychiatrie
Pr. SAMKAOUI	Mohamed Abdenasser	Anesthésie–Réanimation
Pr. SARF	Ismail	Urologie
Pr. YOUNOUS	Saïd	Anesthésie–Réanimation

PROFESSEURS ASSISTANTS

Pr. ADERDOUR	Lahcen	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. AKHDARI	Nadia	Dermatologie
Pr. AMINE	Mohamed	Epidemiologie – Clinique
Pr. BAHA ALI	Tarik	Ophtalmologie
Pr. BOURROUS	Monir	Pédiatrie
Pr. DAHAMI	ZAKARIA	Urologie
Pr. DIOURI AYAD	Afaf	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. EL ADIB	Ahmed rhassane	Anesthésie-Réanimation
Pr. ATTAR	Hicham	Anatomie – Pathologique
Pr. EL HATTAOUI	Mustapha	Cardiologie
Pr. EL HOUDZI	Jamila	Pédiatrie
Pr. EL FEZZAZI	Redouane	Chirurgie – Pédiatrique
Pr. ETTALBI	Saloua	Chirurgie – Réparatrice
Pr. LMEJJATTI	Mohamed	Neurochirurgie
Pr. MAHMAL	Aziz	Pneumo – Phtisiologie
Pr. MAHMAL	Loussine	Hématologie – Clinique
Pr. MANOUDI	Fatiha	Psychiatrie
Pr. NAJEB	Youssef	Anésthésie – Réanimation
Pr. NEJM	Hicham	Traumato – Orthopédie
Pr. OULAD SAIAD	Mohamed	Chirurgie – Pédiatrique
Pr. TAHRI JOUTEH HASSANI	Ali	Radiothérapie
Pr. TASSI	Nora	Maladies – Infectueuses
Pr. SAIDI	Halim	Traumato – Orthopédie
Pr. ZOUGARI	Leila	Parasitologie –Mycologie

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

REMERCIEMENTS

A notre maître et président de thèse Mr le professeur A. Alaoui Yazidi

Vous nous avez accordé un grand honneur en acceptant de présider le jury de notre thèse.

Veillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre haute considération, de notre profonde reconnaissance et de notre sincère respect.

A notre maître et rapporteur de thèse Mr A. Aboussad

Vous avez en permanence suscité notre admiration par votre ardeur et votre amour à exercer votre profession.

Veillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre haute considération, de notre profonde reconnaissance et de notre sincère respect.

A notre maître et juge de thèse Mr le professeur M. Sbifi

Nous vous remercions vivement de l'honneur que vous nous faites en siégeant dans ce jury.

Veillez croire, cher Maître, à l'assurance de notre respect et notre grande reconnaissance.

A notre maître et juge de thèse Mme le professeur I. Tazi

Nous vous remercions vivement de l'honneur que vous nous faites en siégeant dans ce jury.

Veillez croire, chère Maître, à l'assurance de notre respect et notre grande reconnaissance.

A notre maître et juge de thèse Mr le professeur M. Latifi

Nous vous remercions de la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de juger ce travail.

Veillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre grand respect.

A notre maître et juge de thèse Mme le professeur Z. Mrini

Nous vous remercions de la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de réaliser ce travail au sein de l'association Ennakhil et de bien vouloir le juger.

Veuillez trouver ici, chère Maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre grand respect.

*A tous le personnel de l'association Ennakhil et surtout les responsables du centre
d'écoute Hawwaâ*

A tous ceux qui m'ont aidé à réaliser ce travail

ABBREVIATIONS

ALSPAC	: Avon Longitudinal Study of Parents and Children
AMO	: Assurance Maladie Obligatoire
APSAC	: American Professional Society of the Abuse of children
ASE	: Aide Sociale à l'Enfance
BO	: Bulletin Officiel
CAN	: Child Abuse and Neglect
CIDE	: Convention internationale des Droits de l'Enfant
CEPEM	: Centre d'Ecoute et de Protection des Enfants Maltraités
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CPS	: Child Protective Services
ECI	: Etude canadienne sur l'incidence
IEC	: Information, Education et Communication
INDH	: Initiative Nationale de Développement Humain
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
NCANDS	: National Child Abuse and Neglect Data System
ODAS	: Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée
ODM	: Objectifs du Millénaire pour le développement
OIT	: Organisation Internationale du Travail
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONDE	: Observatoire National des Droits de l'Enfant
ONED	: Observatoire National de l'enfance en danger
ONG	: Organisation non gouvernementale
ONU	: Organisation des Nations Unies
ORL	: Oto-Rhino-Laryngologie
PANE	: Plan d'Action National pour l'Enfant
PMI	: Protection Maternelle et Infantile
RAMED	: Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Démunis
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise

UHED : Unité Hospitalière de l'Enfance en Danger

UK : United Kingdom

UNICEF : United Nations Children's Fund

USA : united States of America

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

PLAN

INTRODUCTION.....	1
HISTORIQUE DE LA MALTRAITANCE DES ENFANTS.....	3
I. L'Antiquité.....	4
II. Le Moyen Age.....	6
III. Le 17 ^{ème} siècle.....	6
IV. Le 18 ^{ème} siècle.....	7
V. Le 19 ^{ème} siècle.....	8
VI. Le 20 ^{ème} siècle.....	10
OBJECTIFS DU TRAVAIL.....	15
PATIENTS ET METHODES.....	17
RESULTATS.....	20
I. Données relatives aux enfants maltraités	21
1 – Enfant maltraité.....	21
2– Agression	29
3– Agresseur.....	38
II. Données relatives aux enfants à risque.....	41
1 – Répartition selon l'âge	41
2– Répartition selon la nature des risques.....	42
III. Données relatives aux enfants en danger.....	44
1 – Répartition des enfants en danger selon les années	44
2– Répartition entre enfants à risque et enfants maltraités.....	44
3– Situation familiale des enfants en danger.....	45
IV. Récapitulation.....	46

DISCUSSION.....	47
– DEFINITIONS.....	48
I. Les définitions générales.....	49
II. Les maltraitances physiques.....	51
III. Les maltraitances sexuelles	52
IV. Les maltraitances psychologiques et les négligences.....	54
– EPIDEMIOLOGIE.....	56
I. La fréquence	57
II. L'âge de l'enfant	61
III. Le sexe.....	62
IV. La taille de fratrie.....	64
V. L'origine	64
VI. Situation familiale des enfants maltraités.....	65
VII. L'agresseur.....	66
VIII. Types de sévices.....	68
– LES FACTEURS DE RISQUE DES MALTRAITANCES A ENFANTS.....	71
I. Facteurs de vulnérabilité des parents.....	72
II. Facteurs de vulnérabilité de l'enfant.....	74
III. Facteurs socio-économiques.....	75
– LES CONSEQUENCES.....	77
I. Les conséquences des maltraitances physiques.....	78
II. Les conséquences des maltraitances psychologiques.....	79
– DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE.....	81

I. Le diagnostic de maltraitance.....	82
1 – L'accueil	83
2 – L'entretien.....	84
3 – L'examen physique.....	86
3-1 – L'examen général.....	86
3-2 – L'examen somatique.....	88
4- Les examens complémentaires face à une suspicion de maltraitance.....	96
5- Les pièges diagnostiques	97
II. La prise en charge des sévices à enfants.....	98
III. Rôle du centre d'écoute et de protection des enfants maltraités dans la prise en charge des enfants victimes de violences au Maroc.....	103
IV. Modèle organisationnel de la prise en charge des enfants victimes de maltraitements au sein de l'association Ennakhil (Centre d'écoute Hawwaâ).....	106
V. Protocole relatif à la prise en charge pluridisciplinaire en milieu hospitalier des mineurs victimes de maltraitance en France.....	108
– ASPECTS LEGISLATIFS DE LA MALTRAITEMENT DES ENFANTS.....	113
I. La Déclaration de Genève.....	114
II. La Déclaration des droits de l'enfant.....	114
III. La Convention internationale des droits de l'enfant.....	114
IV. Aperçu de la situation législative des droits des enfants au Maroc.....	115
V. Travail des enfants : Aspects législatifs au Maroc.....	117
– PREVENTION.....	123
I. Les professionnels de la santé.....	124
II. Les interventions communautaires.....	127
III. Les approches sociales.....	129

IV. Les interventions institutionnelles	130
V. Aide à la famille.....	131
VI. Recours judiciaires.....	132
VII. Recommandations et réflexions.....	133
– PERSPECTIVES D’AVENIR.....	136
I. Les acquis nationaux en matière des droits de l’enfant.....	138
II. Les objectifs à atteindre.....	141
CONCLUSION.....	146
RESUMES	
ANNEXES	
REFERENCES	

INTRODUCTION

La maltraitance à enfant regroupe des conduites qui, par leur violence ou leur répétition, sont susceptibles de retentir sur l'état général des enfants et de nuire gravement à leur développement physique et psychologique.

Il ne s'agit pas d'un phénomène récent, la maltraitance a toujours existé, mais en restant étouffée pendant des siècles.

Cette réalité a eu bien du mal à être acceptée par nos communautés, et pourtant elle est présente : d'après l'organisation mondiale de la santé (OMS), 40 millions d'enfants dans le monde sont victimes de maltraitements (1).

Ce phénomène demeure encore tabou de nos jours, bien qu'il existe une meilleure prise de conscience de la maltraitance dans notre société.

Cette prise de conscience est due surtout au déliement des langues, à la médiatisation de certaines affaires et à l'élaboration de textes législatifs (convention des droits de l'enfant par exemple).

Il s'agit, sans doute, d'un sujet majeur de santé publique qui met en jeu la crédibilité des établissements de santé et la responsabilité du médecin. Ce dernier doit rester sensibilisé à ce grave problème, loin d'être exceptionnel, pour évoquer ce diagnostic et prendre les mesures adaptées de soins et de protection de l'enfant.

HISTORIQUE

Dans ce chapitre, il s'agit de traiter de l'évolution de l'histoire de la maltraitance, allant de l'antiquité à nos jours, notamment jusqu'à l'élaboration de la convention internationale des droits de l'enfant.

Dans le passé, la maltraitance à enfants en tous genres a été implicitement acceptée dans nos sociétés. Les infanticides pour leur part existent depuis bien longtemps, et demeurent dans la légitimité dans les sociétés passées.

De nos jours, la prise de conscience de ce que représente l'enfant est bien différente. Les faits de sévices sur enfants paraissent intolérables. Le regard de notre société a profondément changé.

I. L'Antiquité :

La maltraitance à enfants et les infanticides étaient affaire courante dans toutes les civilisations et demeurent dans la légitimité dans les sociétés passées. Cela existe même dans les écrits Saints. On peut citer le Massacre des Innocents commandité par Hérode dans la Bible. On la retrouve aussi dans l'antiquité grecque avec le traité destiné aux sages-femmes de **SORANUS** (2), médecin grec d'Ephèse (200 ans avant Jésus-Christ) intitulé :

Comment reconnaître les nouveau-nés qui valent la peine d'être élevés ? Il explique que la sage-femme doit évaluer la probabilité de survie de l'enfant selon certains critères :

- selon si la mère a été en bonne santé pendant la grossesse. Si ce n'est pas le cas en effet cela signifie que le fœtus en a souffert et a donc de faibles chances de survie.
- Selon si l'enfant est né à terme ou non.
- Selon si l'enfant cri avec vigueur dès sa naissance : si ses cris sont faibles cela implique une anomalie sous-jacente.
- Selon si le bébé est morphologiquement parfait sur tout son corps.
- Selon s'il réagit bien à la douleur.

Ainsi si un enfant est reconnu en tant que nouveau-né qui ne vaut pas la peine d'être élevé, Soranus conseille alors l'infanticide.

A cette époque, on agissait :

–soit par acte direct : mort par noyade ou abandon dans un endroit où l'on est sûr que l'enfant va mourir.

–soit par acte indirect : l'enfant est alors abandonné dans un lieu de passage, où son sort restait inconnu.

Le Droit Romain a érigé la paternité en pouvoir absolu, c'est la notion de « patria potestas » : puissance paternelle. Le citoyen Romain avait théoriquement droit de vie et de mort sur ses enfants et avait pour devoir d'élever de bons citoyens. Il avait la possibilité de choisir sa progéniture, c'est à dire de refuser son enfant biologique et d'en adopter un autre (3).

En l'an 374 : les infanticides ont été considérés comme des crimes et promulguée la loi interdisant le droit de mort sur l'enfant. Mais les infanticides continuent malgré tout car il existait par ailleurs d'autres pratiques d'infanticides à l'époque telles que l'étouffement au lit des parents (3).

Il faut néanmoins essayer d'expliquer ces pratiques que nous qualifierions de nos jours comme criminelles ; à l'époque ces infanticides étaient très certainement " un moyen pour lutter contre la misère, en l'absence de moyens de contraception et devant le risque important que faisaient courir les avortements. "

II. le Moyen Age :

Il n'existait pas de conscience de la particularité infantile : l'enfant participe à la guerre, aux mêmes travaux et aux mêmes jeux que les adultes et la peinture le représente comme un adulte miniature (4).

Les médecins du Moyen Age considèrent l'enfance comme une période de maladies et de déséquilibres divers. Il faut noter la forte mortalité infantile liée aux mauvaises conditions de vie de l'époque. Alors l'enfant devient « intéressant » dès qu'il a dépassé l'âge critique où la mortalité demeure importante. Sinon, il reste en fait une sorte d'intermédiaire entre le monde des vivants et celui des morts, sa santé restant relativement précaire (3).

III. Le 17ème siècle :

C'est l'ère de la naissance d'une conscience médicale et d'une conception religieuse de la protection de l'enfance.

Les premiers écrits parviennent des médecins légistes qui s'intéressent aux blessures d'enfants victimes de sévices mais, ces rapports ont fait peu de cause à l'époque de leur sortie.

Un des premiers traités sur le sujet a été publié en **1684** par le **docteur Bonnet**, médecin à Genève qui décrit certaines conditions psychologiques anormales de l'enfant dues à des comportements de désintérêt de leur mère (2). C'était un traité écrit en latin et donc pas accessible à la majorité des gens et qui, de plus, a été publié pour une société qui n'était pas encore sensibilisé au sujet, une société où l'enfant n'avait pas sa place et n'était reconnu comme individu à part entière qu'à partir du moment où il pouvait s'assurer un travail.

En somme, c'était un traité avant-gardiste sorti en décalage avec les mouvements de son temps.

Saint Vincent de Paul créa la fondation des filles de la charité. Il s'agit de véritables structures organisées. Ces centres mettent en avant les premiers principes de lutte contre la mortalité infantile. Ainsi en 1936, on assiste à la création de l'hôpital des enfants trouvés, à paris (3).

Par ailleurs, Pendant ce siècle, un nouveau sentiment familial va peu à peu émerger. Le passage d'une époque où l'enfant manipulé comme une valeur marchande devient l'enfant perçu comme fragile, objet de jeux des adultes ou d'attitudes nommées « mignotages » ou « Enfantillages ». Très vite, en réaction, l'intérêt pour les particularités de l'enfance ne s'exprimera plus par l'amusement mais par un souci moral. C'est la naissance de l'intérêt psychologique : il est nécessaire de mieux connaître l'enfant pour mieux le rectifier, le considérant alors comme un être transitoire, véritable « pâte molle » qu'il faut modeler au mieux (4).

VI. Le 18ème siècle :

La conception laïque de la protection de l'enfance est apparue lors de la révolution Française avec la création de l'assistance publique. La nation se charge donc de l'éducation des orphelins et de la création d'établissements pour enfants abandonnés et vagabonds.

Jean Jaques Rousseau, considéré comme l'un des premiers militants pour l'enfance estime l'enfant comme une personne de valeur. Mais ses idées sur l'éducation sont peu suivies à l'époque, et ce, d'autant plus qu'il a lui-même abandonné ses cinq enfants. Les philosophes du 18ème siècle commencent à parler d'éducation et d'épanouissement de l'être humain, qu'il soit adulte ou enfant (3).

En 1790, la puissance paternelle est remise en cause ; on supprime « les lettres de cachet de roi ». Celles-ci donnaient tous pouvoirs aux pères sur leurs enfants même majeurs, avec notamment le droit à l'emprisonnement de ces dits enfants. C'est alors que l'on a institué un Tribunal de la Famille. L'enfant devient non plus un objet mais un sujet (4).

En 1793, l'enseignement primaire devient obligatoire et gratuit.

V. Le 19ème siècle :

C'est seulement au XIXème siècle que l'on commence à considérer l'intérêt de l'enfant. En effet, même si la puissance paternelle est restaurée afin de " suppléer les lois, corriger les mœurs et préparer l'obéissance ", des lois sur l'amélioration des conditions de travail des enfants et la fréquentation de l'école sont promulgués.

Ce n'est qu'en **1860** que, pour la première fois dans le monde médicale, **Ambroise TARDIEU**, professeur de médecine légale décrit cliniquement les enfants battus (2). Il faut noter que la loi de 1889 a certainement été influencée par les travaux de Tardieu. En effet, la loi datant du 19 avril 1889 est la première loi réprimant les violences en tout genre exercées sur des enfants et définissant les sévices comme des actes, coups, blessures et privations volontaires qui

compromettent la santé d'un enfant de moins de quinze ans. En 1898, les peines sont aggravées lorsque l'auteur des violences est ascendant ou gardien de l'enfant.

Cet illustre médecin légiste s'est penché vers les années **1850–1860** sur les faits avérés de maltraitance sur les enfants. Voici comment il a présenté son sujet (extrait de son article) :

" Parmi les faits si nombreux et de nature si diverse dont se compose l'histoire médico-légale des coups et blessures, il en est qui forment un groupe totalement à part, et qui, laissés jusqu'ici dans l'ombre la plus complète, méritent à plus d'un titre d'être mis en lumière. Je veux parler de ces faits qualifiés sévices et mauvais traitements, et dont les enfants sont plus particulièrement victimes de la part de leur parents, de leurs maîtres, de ceux en un mot qui exercent sur eux une autorité plus ou moins directe. "

Il ouvre ainsi un nouveau chapitre en médecine légale et il est le premier à donner des repères au monde médical quant à la description de sévices infantiles. Son étude porte sur l'observation de 32 cas de maltraitance d'enfants.

De cette étude il a tiré plusieurs conclusions :

- la nature des sévices possibles (coups directs portés par la main ou les instruments les plus divers, chocs indirects par projection à terre, brûlures, étouffements alimentaires etc....).
- les victimes sont les très jeunes enfants – les auteurs des sévices sont en majorité les parents réunis et plus souvent la mère que le père.
- les traces laissées sur le corps des victimes ont quelques caractères généraux et communs retrouvés dans presque tous les cas.
- particulières sont la physionomie et l'expression de ces enfants, lesquelles changent très vite dès que ces derniers sont soustraits à leurs agresseurs.
- 18 enfants sur les 32 recensés étaient décédés des suites de maltraitance parentale.

La sensibilisation médicale de l'époque n'était toujours pas suffisante pour affronter ce problème et son travail n'a été que très peu poursuivi par d'autres médecins pendant une période de plus d'un demi siècle. Son travail a néanmoins servi de point de repère en médecine légale.

A la fin de XIXe siècle, ce sont les écrivains, Dickens, Balzac, Zola, Hugo, Vallès, Daudet et la Comtesse de Ségur qui ont le mieux fait état de la situation des enfants et particulièrement des enfants maltraités.

IV. Le 20ème siècle (2-4) :

Beaucoup d'efforts se réalisent pour l'amélioration de la vie des enfants. C'est l'ère du développement de la protection sociale et judiciaire des enfants et l'époque de l'enfant roi.

L'infanticide a fortement diminué dans la société actuelle, du fait de l'apparition de la contraception et de la libéralisation de l'avortement.

1- Les lois :

Par ailleurs, un certain nombre de lois ont vu le jour au cours du 20^{ème} siècle :

- **1904** : loi de police et de sûreté qui catégorise les enfants secourus, en dépôts, en garde.
- **1912** : loi instituant les tribunaux pour enfants et obligation d'une enquête familiale.
- **1926** : transformation des colonies pénitentiaires et maisons de correction en institutions d'éducation surveillée.
- **1945** : la présomption d'irresponsabilité des enfants est affirmée et un corps de magistrats spécialisés est créé.

L'année **1945** marque bien un tournant dans la construction du système français de protection de l'enfance.

Lois, décrets et circulaires en direction de l'enfance en danger vont se multiplier à partir de la deuxième guerre mondiale. Parmi les plus importants :

- l'ordonnance du **23 décembre 1958** sur la protection judiciaire de l'enfance en danger.
- le décret du **7 janvier 1959** sur la protection sociale de l'enfance en danger : deux textes qui vont régir officiellement ; une pratique qui commençait se développer ; l'Assistance éducative en milieu ouvert.
- la loi du **4 juin 1970** sur l'autorité parentale et qui traite de la délégation, de la déchéance et de l'abandon.
- la loi du **17 mai 1977** sur le statut des familles d'accueil.
- la loi du **6 juin 1984** relative au droit des familles dans leurs rapports avec les services chargés de la protection de l'enfance.

Les textes législatifs spécifiques à l'enfance maltraitée sont plus récents :

La circulaire du **28 janvier 1981**, vaste ensemble issu du rapport Bianco Lamy, y traite spécifiquement des enfants maltraités.

La circulaire interministérielle du **18 mars 1983** s'intéresse particulièrement à la coordination des services et des professionnels. Ces deux textes, arrivés au moment de la décentralisation, n'ont pas eu l'impact qu'ils auraient du avoir.

La loi du **10 juillet 1989** qui précise les responsabilités des Présidents des conseils généraux et leurs rapports avec l'autorité judiciaire. La loi relative à la protection des mineurs et à la prévention des mauvais traitements est enfin votée (loi n° 89-487). Cette loi a eu pour effet de redéfinir et de soutenir le travail des professionnels de l'enfance.

La loi du **20 Novembre 1989** : convention internationale des droits de l'enfants, adoptée par les Nations unies. Elle contient 54 articles .184 pays l'ont ratifiée.

En **1990**, premier sommet mondial de l'enfance à l'ONU.

En **Août 1996** : congrès international de Stockholm sur l'exploitation sexuelle des enfants. C'est le premier pas entrepris pour une uniformisation de la définition de la maltraitance. Il permet d'évoquer 3 catégories de maltraitance : physique, psychologique et sexuelle, pour une réelle prise de conscience du phénomène.

Depuis, divers textes sont venus enrichir la législation en faveur des enfants, le dernier en date étant la loi du **17 juin 1998** relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs (loi n° 98-468).

-**1999** : Le comité des ministres européens aborde le sujet de la cybercriminalité, c'est-à-dire la pornographie infantile sur internet.

-**Décembre 2001** : 2^{ème} congrès mondial de lutte contre l'exploitation sexuelle des enfants à Yokohama, Japon.

-**Le 12 juin 2003** est déclaré « journée mondiale contre le travail de l'enfant ».

2- Les médecins de 20ème siècle :

Dohle et Kovitz en **1914** : deux médecins allemands, font des études sur les hématomes sous duraux sur un nombre de cas d'enfants morts à moins de 1 an de vie : ce sont les premières études évoquant le syndrome de l'enfant secoué. Néanmoins aucune de ces deux études ne s'intéresse à la causalité de ces blessures sur les enfants. La cause des hématomes sous duraux n'avait toujours pas été trouvée !

Parisot et Caussade, soixante ans après Tardieu en **1929**, font le rapport d'une importante étude médico-légale répartie sur une période de 22 ans en étudiant 1768 affaires de sévices. Certains de ces cas rapportaient des lésions osseuses dues à des sévices révélées en radiographie.

Ingraham, neurochirurgien, étudie en **1944** les hématomes sous duraux chez des nourrissons et invoque pour en expliquer le mécanisme, un coup sur la tête ou un choc de toute autre nature passé inaperçu ou gardé secret par les parents. La cause du traumatisme n'est toujours pas clairement nommée.

J. Caffey en **1946** décrit la fréquente association de fractures et d'hématomes sous duraux chez l'enfant. Il conclut son observation par :

" L'étiologie traumatique des fractures paraît indiscutable. Les fractures des membres paraissent la même cause que l'hématome sous dural. Aucune stigmata de fragilité osseuse n'est retrouvé, le diagnostic est aisé..."

Frédéric N. Silverman a fait en **1951**, une communication à la Société Américaine de Radiologie sur " les traumatismes méconnus de l'enfant ". Son article " The Röntgen Manifestations of Unrecognized Skeletal Trauma in Infants ", est le premier article parlant de lésions inhabituelles sur les os résultant de coups répétés, coups qui sont méconnus par inconscience ou parce qu'ils ont été démentis par leurs auteurs. Le syndrome de Silverman est ainsi défini :

" C'est un ensemble lésionnel qui comporte des fractures multiples, d'âges différents, le plus souvent négligées, associant à des fractures diaphragmes banales, des arrachements métaphysaires et des hématomes sous périostés. Il ne résulte d'aucune fragilité congénitale et c'est la conséquence des traumatismes infligés à l'enfant. "

Henry Kempe, professeur de pédiatrie à Denver : Grâce à ses efforts, la sensibilisation du milieu médical a pris un tournant décisif. Dans un article publié en **Juillet 1962** dans le Journal de l'Association Américaine de Médecine intitulé Le syndrome de l'enfant battu, il affirme avec Silverman et **Steele** que :

" Le syndrome de l'enfant battu doit être systématiquement envisagé devant tout enfant présentant non seulement des bleus, des fractures ou un hématome sous dural mais aussi lorsque l'importance ou le type des lésions sont sans rapport avec les circonstances évoquées par les parents ".

Cette collaboration entre radiologue (Silverman), psychiatre (Steele) et pédiatre (Henry Kempe) apporte ainsi une vision différente sur le problème : c'est une véritable leçon de sensibilisation médicale et un grand pas en avant quant à la recherche sur l'enfance maltraitée.

OBJECTIFS DU TRAVAIL

A travers ce travail ; fruit de la collaboration entre l'association Ennakhil et la cellule d'accueil et d'orientation des enfants victimes de maltraitance du CHU Mohammed VI, Marrakech ; nous visons à atteindre les objectifs suivants :

- Etudier les caractéristiques épidémiocliniques de la maltraitance chez l'enfant à Marrakech.
- Rechercher les facteurs de risque.
- Discuter les modalités de prise en charge multidisciplinaire.
- Proposer une stratégie de prévention.
- 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.

PATIENTS ET METHODES

Nous avons mené une étude rétrospective étalée sur 84 mois, de Janvier 1999 à Décembre 2005, concernant 380 cas d'enfants de moins de 18 ans victimes de maltraitements, admis à l'association Ennakhil pour la femme et l'enfant au niveau du centre d'écoute Hawwaâ.

Cette association est une organisation non gouvernementale (ONG), indépendante à but non lucratif, créée le 22 février 1997 dans la région de Marrakech Tensift Al Haouz.

Elle offre un cadre de solution, de réflexion et de plaidoyer en vue d'améliorer la situation juridique, sanitaire, sociale, éducative et politique de la femme et de l'enfant.

Les cas de maltraitance sont reçus au centre d'écoute Hawwaâ et la prise en charge est organisée selon les cas et les attentes de la famille. Une orientation juridique et un soutien psychologique sont souvent les services offerts.

Une étroite collaboration s'est établie entre l'association Ennakhil et la cellule d'accueil et d'orientation des enfants victimes de maltraitance du CHU Mohammed VI à l'hôpital Ibn Tofail.

Fiche d'identification de l'Association Ennakhil pour la femme et l'enfant	
Nom du directeur ou de la directrice : Mme Mrini Zakia	
Adresse postale de l'organisation : Association Ennakhil pour la Femme et l'Enfant, Lotissement Tichka Daoudiate Marrakech Maroc. Numéro 24 Unité 5, Marrakech	
Téléphone : 212 24 6709	Télécopieur: 212 24 30 67 09
Courriel: aefe@iam.net.ma	Site web : www.ass-ennakhil.org
Courriel (de la directrice) : zakiamrini@yahoo.fr	
Année de création de l'association : 1997	
Nombre d'employés: 25 Temps plein, 18 Temps partiel	Nombre de bénévoles : 10

Cette étude est basée sur l'exploitation des dossiers établis par l'association Ennakhil pour les cas d'enfants enregistrés et pris en charge au centre d'écoute Hawwaâ de l'association.

Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans cette étude :

- Les enfants admis à l'association Ennakhil pour la femme et l'enfant, ayant un âge :
 - . Entre zéro et dix huit ans.
 - . Victimes de maltraitements physiques, sexuelles, psychologiques et négligences lourdes.
- Sont inclus aussi, les enfants à risques, c'est-à-dire :

« Un enfant dont les conditions de vie peuvent mettre en danger ou compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, mais qui n'est pas maltraité pour autant » et les enfants en danger, c'est-à-dire :

« Les enfants maltraités et les enfants à risque nécessitant une intervention administrative ou judiciaire ».

Paramètres étudiés :

- Age
- Sexe
- Accompagnant
- lieu d'habitat
- Statut de l'enfant maltraité et niveau socio-économique des parents
- lieu de l'agression
- Nature des mauvais traitements
- Récidive de l'agression
- Type de la décision juridique
- Type de prise en charge
- Auteurs des maltraitements
- Enfants à risque : âge, nature des risques
- Enfants en danger : nombre de cas /années, situation familiale

RESULTATS

Durant les 7 années d'exercice de l'association Ennakhil, 65 % des enfants admis au centre d'écoute sont maltraités et 35 % sont considérés à risque.

I. Données relatives aux enfants maltraités :

1 – Enfant maltraité :

1-1 Répartition selon l'âge :

L'âge moyen des enfants est de 11 ans, avec des extrêmes d'un mois et 18 ans.

La tranche d'âge la plus touchée est celle de 6-12 ans, soit 42,5% de l'ensemble des enfants maltraités.

La tranche d'âge inférieure ou égale à 5 ans est touchée dans 27,5% des cas.

La répartition des enfants selon les tranches d'âge est représentée dans la figure 1.

La répartition des enfants entre 1999 et 2005 selon leur âge est représentée dans le tableau I.

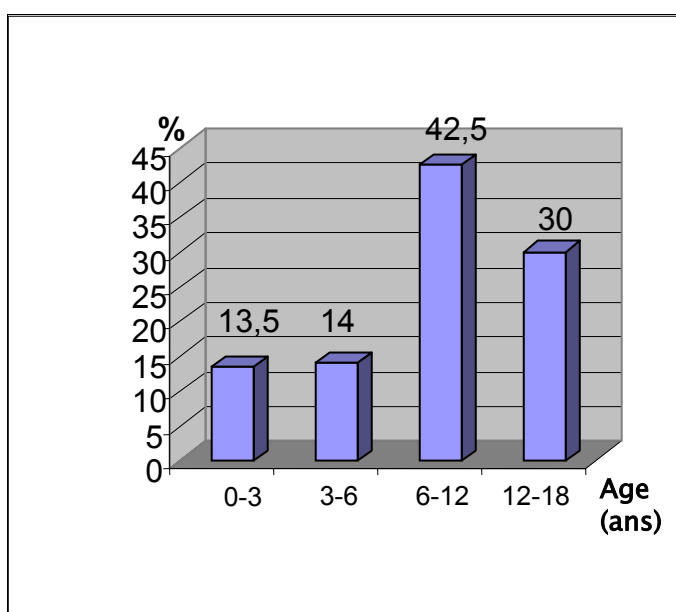


FIGURE 1 : Répartition des enfants selon l'âge

TABLEAU I : Répartition des enfants maltraités, de 1999 à 2005, selon l'âge

Age	Enfants Maltraités							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
0-3 ans	0	0	0	0	6	4	23	33
3-6 ans	0	1	1	5	10	8	9	34
6-12 ans	0	2	3	6	14	41	38	104
12-18 ans	1	7	5	14	12	24	11	74
Total	1	10	9	25	42	77	81	245

1-2 Répartition selon le sexe :

Le pourcentage des filles maltraitées dépasse celui des garçons avec un sex-ratio de 3/2 (61% contre 39%).

La répartition des enfants selon leur sexe est représentée dans la figure 2.

La répartition des enfants entre 1999 et 2005 selon leur sexe est représentée dans le tableau II.

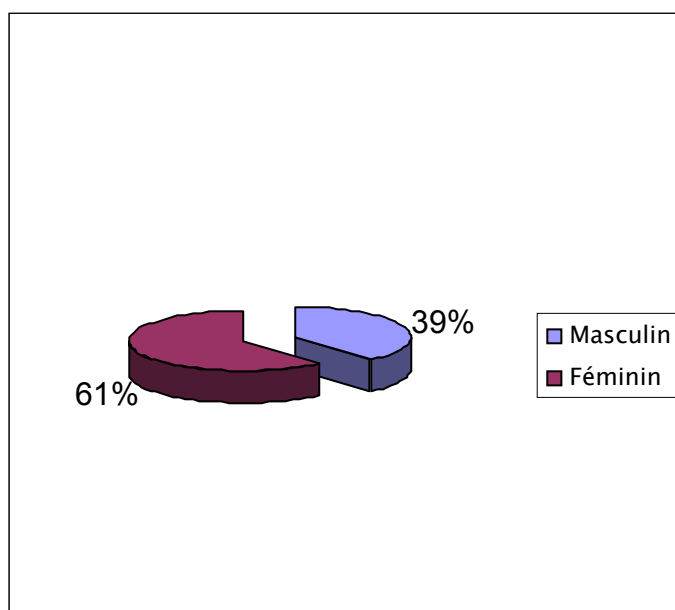


FIGURE 2 : Répartition des enfants selon le sexe.

TABLEAU II : Répartition des enfants maltraités, de 1999 à 2005, selon le sexe.

SEXE	Enfants Maltraités							Total
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Filles	1	8	7	15	25	40	55	151
Garçons	0	2	2	10	17	37	26	94
Total	1	10	9	25	42	77	81	245

1-3 Répartition selon l'accompagnant :

73% des enfants étaient accompagnés par leur mère, leur père ou les deux, tandis que le reste était accompagné par des voisins, instituteur ou par d'autres membres de la famille (Tableau III).

TABLEAU III : Répartition des enfants maltraités selon l'accompagnant

Accompagnant	Nombre	Pourcentage
Mère	104	42%
Mère + Père	51	21%
père	24	10%
Voisin	13	5,1%
Instituteur	12	5%
Grande mère	8	3,2%
Maître	8	3,2%
Ami	7	3%
Frère	7	3%
Seul	4	1,6%
Tante	4	1,6%
Sœur	3	1,3%
Total	245	100%

1-4 Répartition selon le lieu d'habitat :

La provenance du milieu urbain est prédominante dans notre étude avec un taux de 86% contre 14% pour le milieu rural (Figure 3).

La plupart des quartiers de Marrakech étaient concernés avec prédominance à Daoudiate et la Médina 54% (Tableau IV).

La majorité des enfants vivent avec leurs parents (71%) dans un petit foyer (chambre 65%) (Figure 4 et 5).

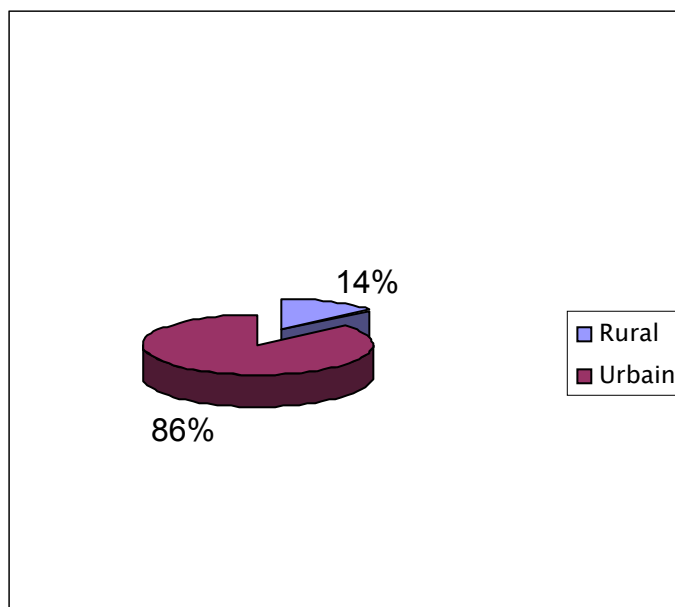


FIGURE 3 : Répartition des enfants maltraités selon le milieu d'habitat.

TABLEAU IV : Répartition des enfants selon le lieu de résidence.

Quartier	Nombre	Pourcentage
Daoudiate	72	29%
Médina	61	25%
Sidi Youssef Ben Ali	49	20%
Massira	34	14%
Mhamid	9	3,6%
Les douars	8	3,3%
Guéliz	7	3%
Régions de Marrakech	5	2,1%
Total	245	100%

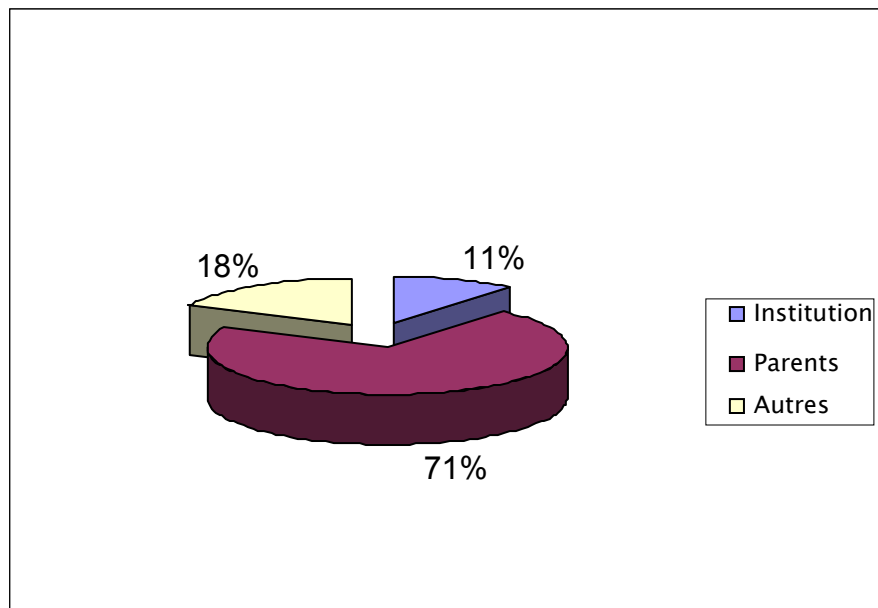


FIGURE 4: Répartition des enfants selon le lieu d'habitat.

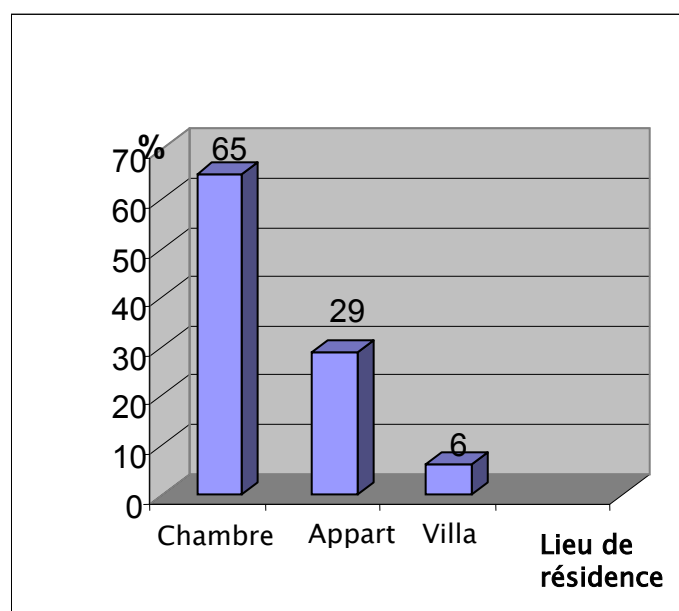


FIGURE 5 : Répartition des enfants selon le lieu de résidence

1-5 Répartition selon le statut de l'enfant et niveau socioéconomique des parents :

La plupart des enfants sont scolarisés avec un taux de 69% contre 31% ayant un travail (Figure 6).

La majorité des adultes avec lesquels vit l'enfant ont un bas niveau socioéconomique (81% des cas) (Figure 7).

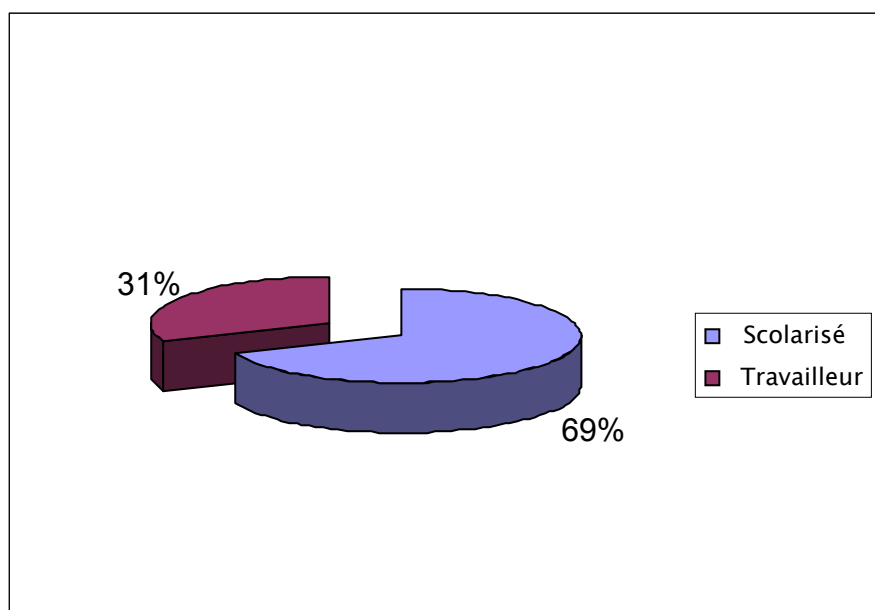


FIGURE 6 : Statut de l'enfant maltraité.

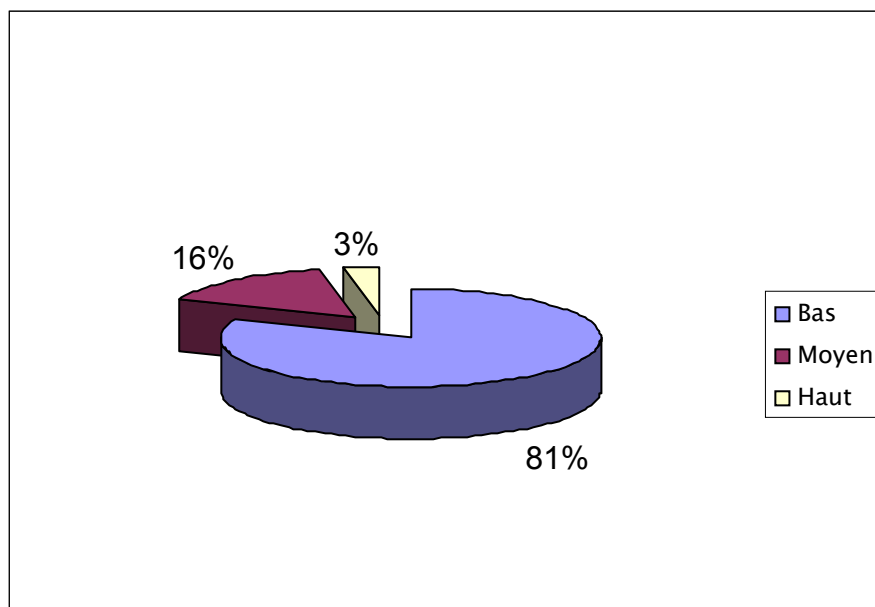


FIGURE 7 : Répartition des enfants selon le niveau socio-économique des parents.

71% des enfants maltraités ont plus de 5 frères (Figure 8).

Le grand nombre de frères peut constituer un facteur de risque de maltraitance envers l'enfant.

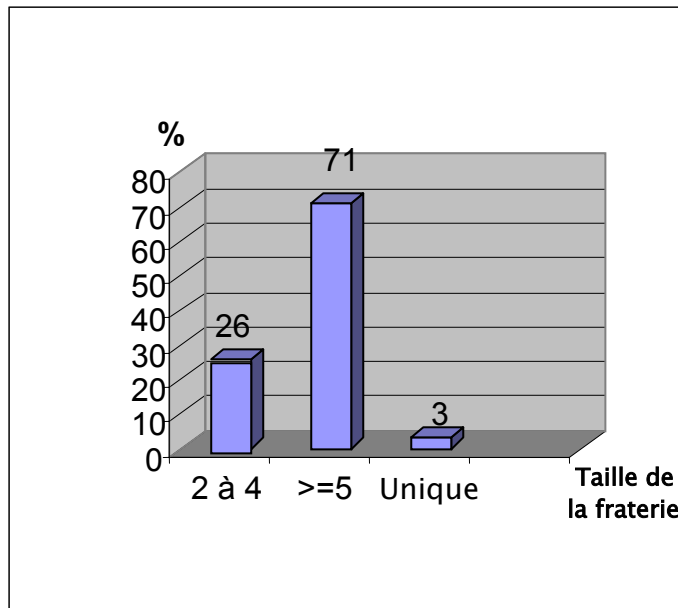


FIGURE 8: Répartition des enfants maltraités selon la taille de la fratrie.

2- Agression :

2-1 Répartition selon la nature des mauvais traitements :

La maltraitance sexuelle occupe 48% de l'ensemble des mauvais traitements infligés aux enfants suivie par les violences physiques ,31% des cas (Figure 9 et Tableau V).

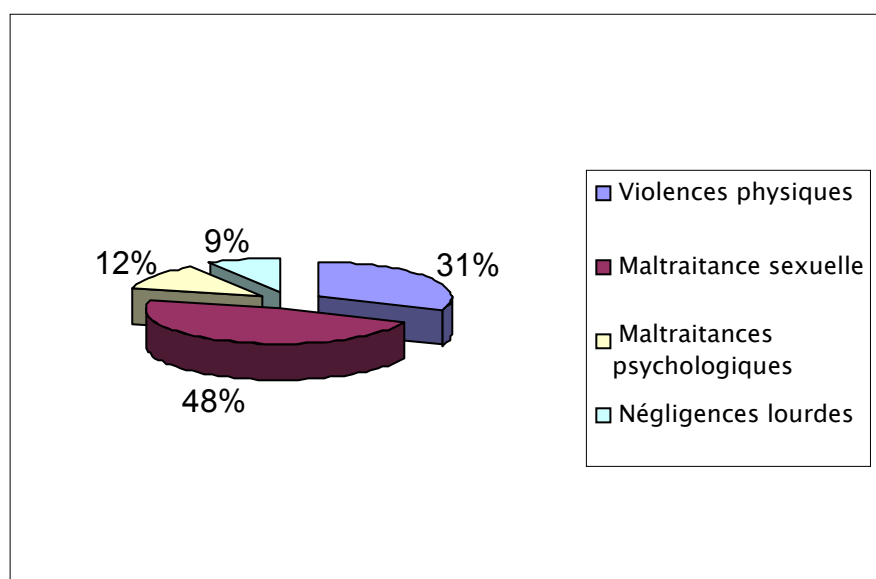


Figure 9 : Répartition selon le type de maltraitance.

TABLEAU V : Répartition de la nature des maltraitements infligés aux enfants de 1999 à 2005.

Type de violences	Nombre d'enfants maltraités							Total enfants maltraités
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Violences Physiques	0	1	2	8	8	27	29	75
Maltraitements psychologiques	0	0	0	4	9	8	8	29
Abus sexuel	1	9	5	12	16	34	42	119
Négligences lourdes	0	0	2	1	9	8	2	22
Total	1	10	9	25	42	77	81	245

Ces signes cliniques chez les enfants maltraités sont très polymorphes, allant d'un état normal sans lésions physiques (9%) à un état grave et compliqué avec traumatismes cranio-faciales et thoraciques graves (6,7%).

Les lésions cutanéo-muqueuses sont les fréquentes avec un taux de 74,9% avec prédominance des contusions ouvertes (38,6%) (Tableau VI). Les lésions osseuses viennent en deuxième position (10,7%) après les lésions cutanées.

Dans notre série on note deux cas de décès : une bonne de 16 ans connue victime de violences par son patron, les causes et les circonstances de son décès sont indéterminés, une autopsie est demandée par sa mère. Le deuxième cas de décès est un nouveau né de deux mois qui s'est fait noyé par sa mère.

TABLEAU VI : Les différents types de lésions constatées chez les enfants victimes de maltraitance physique

Lésions			Nombre	Pourcentage
Lésions cutanées	Fermées	Ecchymoses	20	27%
		Hématomes	3	4%
	Ouvertes	Plaies	16	22%
		Ecorchures	13	16,6%
	brûlures	1 ^{er} degré	2	2,7%
		2 ^{ème} degré	1	1,3%
		3 ^{ème} degré	1	1,3%
Lésions osseuses	Traumatisme crânien		2	2,7%
	Traumatisme de la face		1	1,3%
	Traumatisme thoracique		2	2,7%
	Traumatismes des membres	Fermées	2	2,7%
		Ouvertes	1	1,3%
Examen normal			7	9%
Autres	Lésions viscérales		2	2,7%
	Atteintes ophtalmologiques		2	2,7%

On a constaté que la maltraitance sexuelle est le type prédominant des mauvais traitements infligés aux enfants avec prédominance des abus sexuels (46%) suivi par les viols (30%) qui sont compliqués dans 31% des cas de grossesse.

L'étude a révélé deux cas d'inceste (Figure 10).

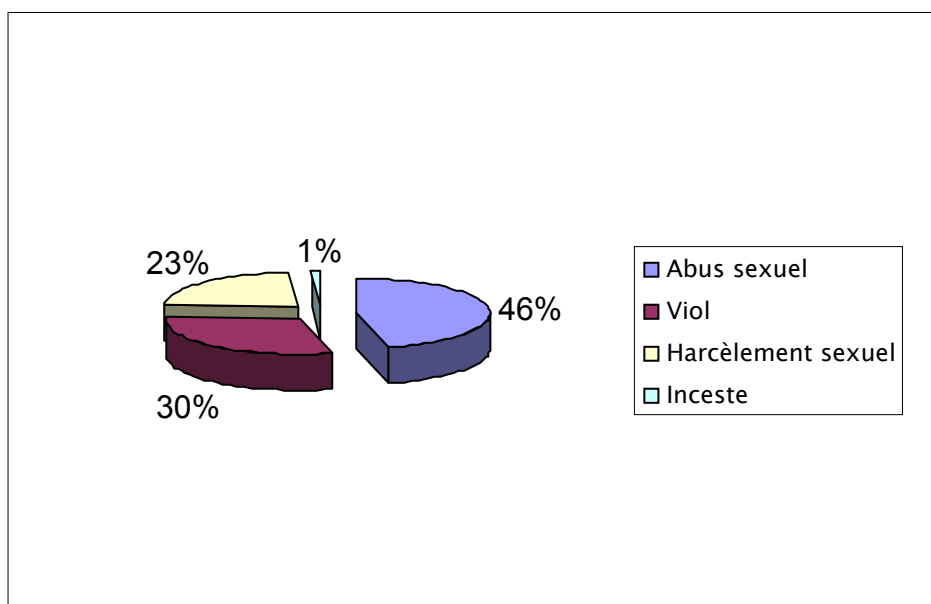


FIGURE 10 : Répartition selon la nature des maltraitements sexuels

Pour les maltraitements sexuels, les filles sont les plus touchées 73% des cas contre 27% des garçons (Figure 11).

La tranche d'âge la plus touchée se situe entre 12-18 ans, soit 51% de l'ensemble des enfants victimes de maltraitance sexuelle (Figure 12).

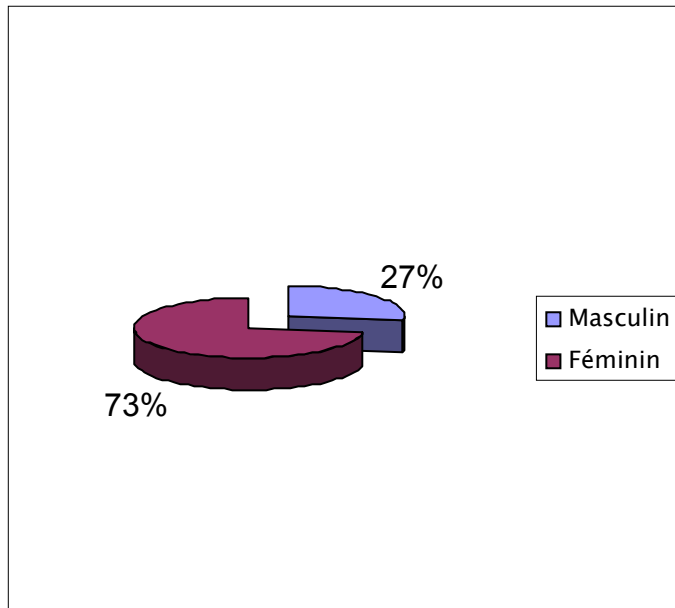


FIGURE 11 : Répartition des enfants victimes de maltraitance sexuelle selon le sexe

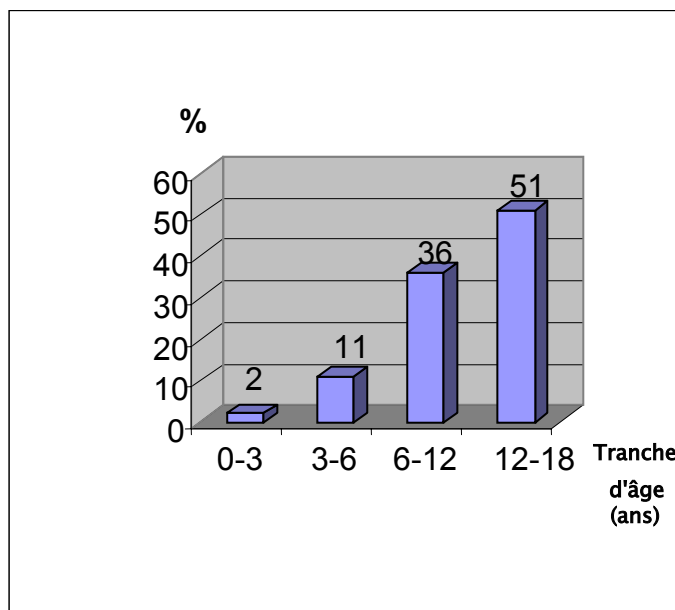


FIGURE 12 : Répartition des enfants victimes de maltraitance sexuelle selon l'âge

2-2 Répartition selon le lieu de l'agression :

Dans 40% des cas, l'agression se passe dans la maison, suivi par la rue dans 20% des cas (Tableau VII).

TABLEAU VII : Répartition des enfants selon le lieu de l'agression (précisé dans 140 cas)

Lieu	Nombre	Pourcentage
Maison	56	40%
Rue	28	20%
Jardin	21	15%
Ecole	21	15%
Garage	7	5%
Souk	7	5%
Total	140	100%

2-3 Répartition selon la récurrence de l'agression :

Nous remarquons que l'agression récidivante est plus fréquente 68%, que l'agression unique (32 %) (Figure 13).

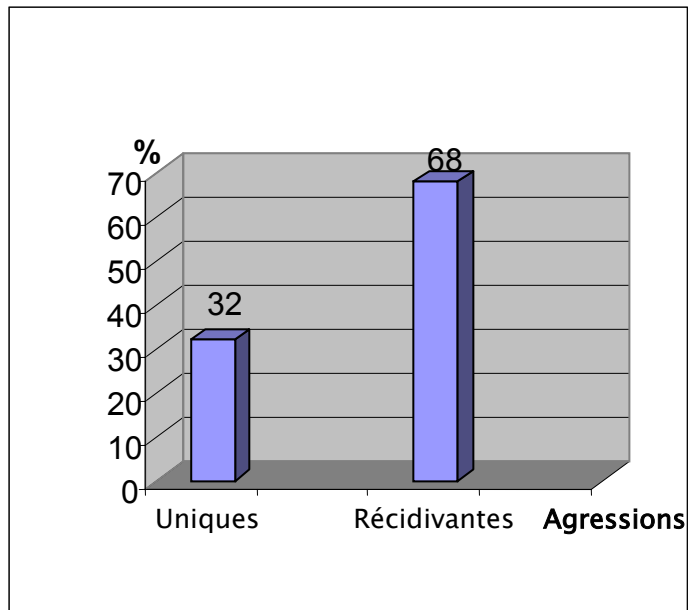


FIGURE 13 : Répartition selon la récidence de l'agression

2-4 Répartition selon le type de la décision judiciaire :

Pour la plupart des enfants maltraités dans notre série, la poursuite judiciaire était la règle 72% des cas.

Dans 4% des cas, l'enfant maltraité a été pris en charge sur le plan psychosocial et médical avec emprisonnement de l'agresseur.

Alors que dans 24% des cas, il n'y a pas eu de poursuite judiciaire (Figure 14).

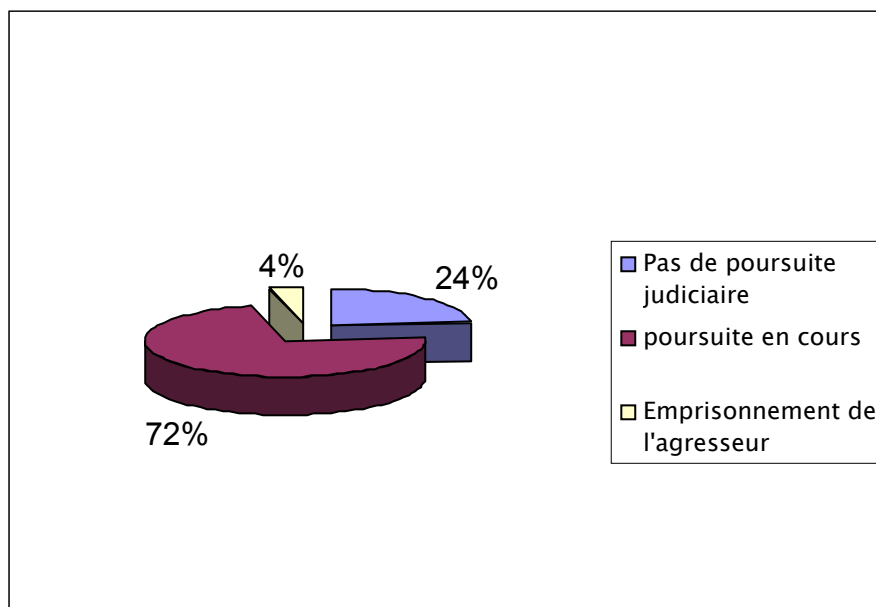


FIGURE 14 : Répartition selon le type de la décision judiciaire

2-5 Répartition selon le type de prise en charge :

Tous les enfants ont bénéficié d'une assistance sociale (100%) et psychologique (82%), alors que 28 % des enfants ont bénéficié d'une assistance médicale (Figure 15).

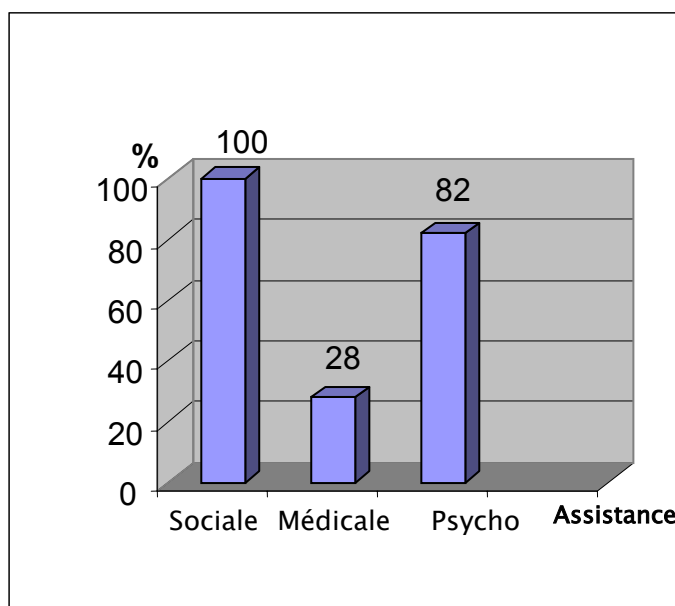


FIGURE 15 : Répartition selon le type de la prise en charge

3- Agresseur :

3-1 Répartition selon l'auteur de sévices :

- Le couple parental et la famille élargie sont le plus souvent responsables des cas de maltraitance sur mineurs avec un taux de 38%.
- Dans 25 % des cas, l'agresseur est un voisin.
- Dans 16% des cas, il s'agit d'un inconnu (Tableau VIII).

TABLEAU VIII : Auteurs de sévices

Agresseur	Nombre	Pourcentage
Voisin	61	25%
Inconnu	39	16%
Père	30	12%
Ami	24	10%
Mère	22	9%
Patron	17	7%
Mari	14	5,7%
Mère adoptive	6	2,6%
Oncle	6	2,6%
Fiancé	5	2%
Ami du père	3	1,3%
Directeur de l'école	3	1,3%
Beau père	3	1,3%
Fils du patron	2	0,7%
Instituteur	2	0,7%
Belle mère	2	0,7%
Tante	2	0,7%
Cousin	2	0,7%
Grand père	2	0,7%
Total	245	100%

3-2 Répartition des catégories socioprofessionnelles des agresseurs :

Le tableau IX, représente la qualification professionnelle des agresseurs. Il n'évoque pas toujours la situation économique et culturelle de l'agresseur.

On a noté les résultats suivants :

Dans 30% des cas, l'agresseur a une profession libérale.

Dans 21% des cas, l'agresseur est sans profession.

Pour les pères, le risque semble plus important quand ils sont inactifs (68,8%).

On peut dire que l'instabilité professionnelle et l'inactivité peuvent constituer un facteur de risque d'agressivité envers les enfants.

TABLEAU IX : Répartition des catégories socioprofessionnelles des agresseurs

Catégories socioprofessionnelles	Pourcentage
Profession libérale	30%
Sans profession	21%
Etudiant ou apprenti	18%
Non connu	12%
Ouvrier	9%
Instituteur	3%
Cadre moyen de la fonction publique	3%
Agriculteur	2%
Employé d'entreprise	2%

II. Données relatives aux enfants à risque :

135 enfants sur 380 sont des enfants à risque, soit 35% de l'ensemble des enfants admis au centre d'écoute.

1 – Répartition des enfants à risque selon l'âge:

La tranche d'âge la plus touchée est celle de 12–18 ans, soit 50% de l'ensemble des enfants à risque.

La tranche d'âge inférieure ou égale à 5 ans est touchée dans 27% des cas.

La répartition des enfants à risque selon les tranches d'âge est représentée dans La figure 16.

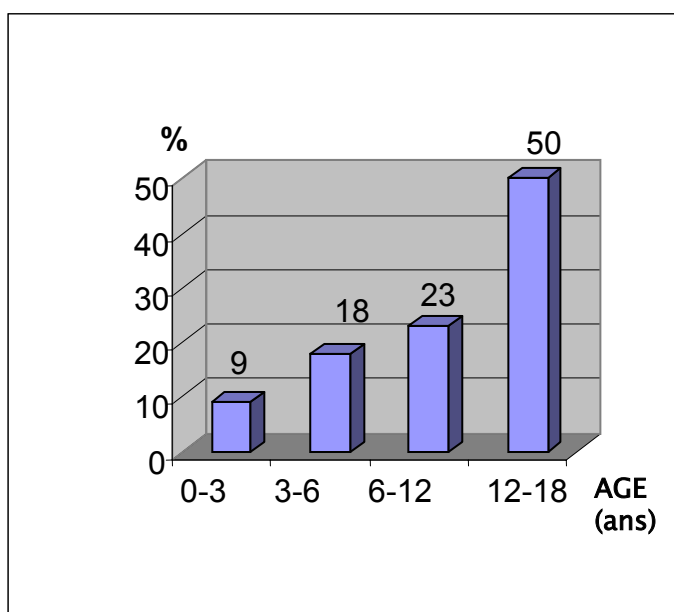


FIGURE 16 : Répartition des enfants à risque selon l'âge

2- Nature du risque :

Le tableau ci-dessous représente le nombre des enfants à risque selon la nature des risques retenus durant les 7 années d'exercice de l'association. On a noté les résultats suivants : Le risque majeur est le risque éducatif retenu dans 51 cas. Il est à noter que pour 86% des enfants, l'origine du risque est la famille et que pour 14% des enfants, il s'agit de l'enfant lui-même.

TABLEAU X : Nature des risques retenus, de 1999 à 2005, selon l'évaluation des critères de classification des enfants à risque

RISQUES	Enfants à risque							Total
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Education	0	3	4	1	12	23	8	51
Entretien	0	0	2	3	4	22	3	34
Santé psychologique	0	1	1	2	0	2	13	19
Moralité	1	0	1	2	0	3	8	15
Sécurité	1	0	2	1	1	2	5	12
Santé physique	0	0	1	1	0	1	1	4
Total	2	4	11	10	17	53	38	135

La figure ci-dessous représente la nature des risques retenus selon l'évaluation des critères de classification des enfants à risque, il est à noter que le risque majoritaire est le risque éducatif (38% des cas) suivi par le risque d'entretien (25%).

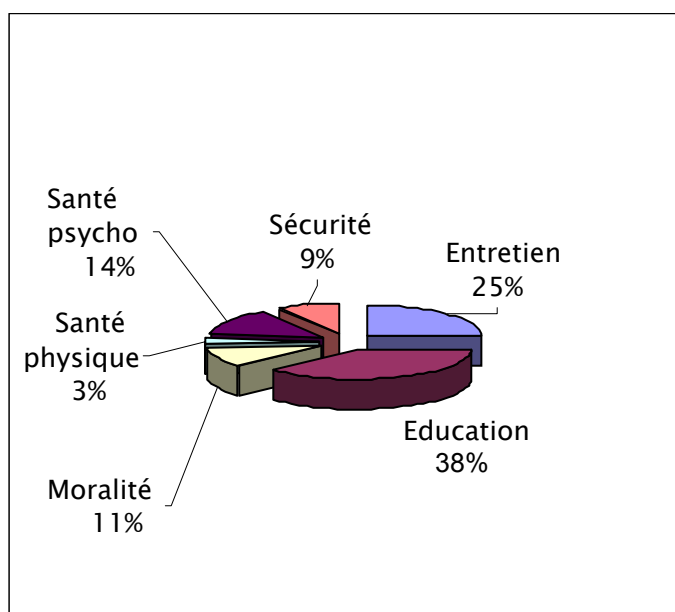


FIGURE 17 : Répartition des risques retenus

III. Données relatives aux enfants en danger :

Les enfants en danger regroupent les enfants maltraités et les enfants à risque.

1- Répartition des enfants en danger selon les années :

TABLEAU XI : Répartition des enfants en danger, de 1999 à 2005,
et leurs pourcentages respectifs

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Enfants en Danger	3	14	20	35	59	130	119	380
Pourcentage	0,8%	4%	6%	9,2%	15%	34%	31%	100%

2- Répartition entre enfants à risque et enfants maltraités :

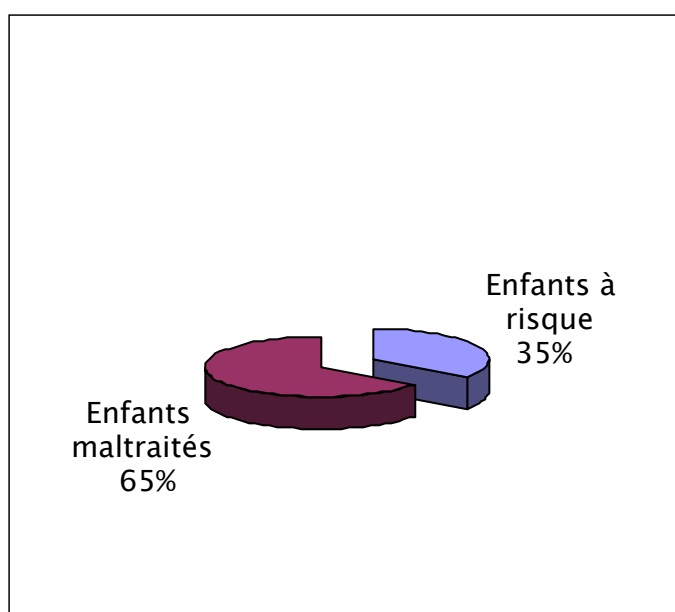


FIGURE 18 : Répartition des enfants maltraités et des enfants à risque

3– Situation familiale des enfants en danger :

TABLEAU XII : Situation familiale des enfants en danger (précisé dans 311 cas) :

Situation familiale	Nombre des enfants en danger	Pourcentage
Vit avec ses 2 parents	121	39%
Vit avec sa mère seule	56	18%
Vit avec son père seul	15	5%
Vit avec sa mère ou son père dans une famille recomposée	51	16%
Vit avec un autre membre de sa famille	31	10%
Vit en établissement	12	4%
Autres	25	8%
Total	311	100%

Dans notre étude, la plupart des enfants en danger sont issus de familles où ils vivent avec leurs 2 parents. Ils représentent 39% des cas.

On peut considéré qu'un enfant sur 5, considéré en danger, vit avec sa mère seule.

Quant aux situations où les enfants vivent avec leur père seul, elles demeurent beaucoup moins fréquentes.

Par contre, les enfants ont plus de risque d'être en danger lorsqu'ils sont avec leur mère ou leur père dans une famille recomposée. Ils représentent 16% des situations (Tableau XII).

IV. Récapitulation :

Dans cette série nous avons distingués entre enfants maltraités et enfants à risque.

- 65% des enfants admis au centre d'écoute sont maltraités, leur âge moyen est de 11 ans, dont presque les 2 /3 sont des filles. La majorité de ces enfants sont d'origine urbaine et vivent avec leurs parents dans un petit foyer, au sein d'une famille contenant plus de 5 enfants.
- Le couple parental et la famille élargie sont le plus souvent en cause dans les cas d'agressions sur mineurs.
- L'instabilité professionnelle et l'inactivité peuvent constituer un facteur de risque d'agressivité envers les enfants.
- Les enfants à risque représentent 35% de l'ensemble des enfants admis. La moitié de ces enfants appartiennent à la tranche d'âge entre 12 ans et 18 ans.
- Le risque éducatif est le risque majoritaire.
- Dans la majorité des cas, l'auteur du risque est l'un des parents ou les deux.
- La plupart des enfants en danger sont issus de familles où ils vivent avec leurs deux parents.
- Un enfant sur 5, considéré en danger, vit avec sa mère seule.
- Les enfants ont plus de risque d'être en danger lorsqu'ils vivent avec leur mère ou leur père dans une famille recomposée.

DISCUSSION

DEFINITIONS

I. Définitions générales :

" **L'enfant** " se définit par l'âge légal qui diffère selon les pays. Au Maroc, il est défini par un âge inférieur à 18 ans.

Selon la convention internationale des droits de l'enfant (article premier) « 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 ».

La définition de la maltraitance à enfants est un concept qui a évolué dans le temps. Cependant, pour être efficace, Tous les professionnels des secteurs socio-éducatif, médical et juridique doivent pouvoir se reconnaître dans une définition commune de la maltraitance.

1- Définition selon Pierre STRAUSS-1979 : (5)

Selon P.Strauss , « l'enfant maltraité est celui qui est victime de la part de ses parents ou d'adultes ayant autorité sur lui, de violences physiques, de sévices psychologiques, de négligences ou d'abus sexuels pouvant avoir des conséquences graves sur son développement physique ou psychique ».

2- Définition de l'ODAS -1994 : (6)

Les phénomènes de maltraitements ont été définis selon trois catégories par l'**Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée** (ODAS). En 1994, cet organisme a mis en place une méthodologie statistique associant les départements français (en 1999, 80 départements ont transmis des chiffres exploitables) et des représentants de l'Etat. Les départements se sont dotés d'une culture commune et d'un système complexe de collecte et de circulation interne de l'information.

L'ODAS a pour rôle, entre autre, de centraliser ces données afin de prendre la mesure quantitative et qualitative de la population d'enfants en grande difficulté.

Ainsi, l'ODAS précise dans son guide méthodologique :

- 1 – **L'enfance en danger** constitue "l'ensemble des enfants en risque et des enfants maltraités."
- 2 – **L'enfant dit en risque** est le mineur qui " connaît des conditions d'existence risquant de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité ".
- 3 – **L'enfant maltraité** est " l'enfant victime de violences physiques, cruautés mentales, négligences lourdes et d'abus sexuels ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique ".

3– Définition de l'O.M.S.1999 : (7)

En 1999, au cours de la consultation de l'OMS sur la prévention de la maltraitance de l'enfant, la définition suivante a été proposée :

« La maltraitance de l'enfant comprend toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou psycho-affectifs, de sévices sexuels, de négligences 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 un contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir ».

4- Définition de l'Observatoire National des Droits de l'Enfant (ONDE) en 2000 : (8)

L'Observatoire National Marocain des Droits de l'Enfant a proposé la définition suivante (périodique n° 1, mai 2000) : « Le phénomène de maltraitance d'enfant signifie : les actes volontaires ou involontaires commis par toute personne, quelle que soit sa qualité, portant atteinte, par n'importe quel moyen, à l'intégrité physique, mentale ou morale de l'enfant et causant un préjudice physique, moral ou psychologique à l'enfant victime que ce dernier l'ait éprouvé ou non et quelque soit le milieu où il se trouve ».

5- Définition selon la conférence de Stockholm : (3)

La conférence de Stockholm en août 1996 a donné plusieurs définitions :

Il existe 3 formes de maltraitance :

- 1-La maltraitance physique.
- 2-La maltraitance sexuelle.
- 3-La maltraitance psychologique.

II. Les Maltraitements physiques :

Les mauvais traitements physiques sont définis différemment selon les études et selon les juridictions. Ainsi, le « Cadre conceptuel et épidémiologique de l'enfance maltraitée » publié par Santé Canada définit comme suit la violence physique envers les enfants (9):

« La violence physique est l'usage intentionnel de la force sur une partie du corps de l'enfant, qui a ou qui peut avoir pour conséquence une blessure non accidentelle. Elle peut n'impliquer qu'un seul épisode où l'enfant est frappé, comme une série d'incidents. La violence physique inclut également des comportements tels que secouer, étrangler, mordre, donner des coups de pieds, brûler ou empoisonner un enfant, tenir un enfant sous l'eau ou toute autre utilisation de force ou de contrainte dangereuse ou nuisible ».

III. Les maltraitances sexuelles :

1 – Définitions :

La maltraitance sexuelle est un acte qui consiste à obliger ou attirer un enfant ou une jeune personne à participer aux activités sexuelles, y compris la prostitution, si l'enfant est conscient de ce qui se passe ou pas. Ces activités peuvent inclure le contact physique, y compris des actes de pénétration (par exemple le viol ou la sodomie) ou de non pénétration (le sexe orale). Elles peuvent inclure des activités sans contacts, telles faire participer des enfants à regarder ou créer du matériel pornographique ou à regarder des activités sexuelles ou à encourager des enfants à agir de manières sexuelles inappropriées (10,11).

Les autres différentes définitions énumérées ci-dessous démontrent bien la complexité du problème :

Selon L'OMS : "L'exploitation sexuelle d'un enfant implique que celui-ci est victime d'une personne, adulte ou au moins sensiblement plus âgée que lui, aux fins de la satisfaction sexuelle de celle-ci". Le délit peut prendre différentes formes : appels téléphoniques obscènes, outrage à la pudeur et voyeurisme, images pornographiques, rapports ou tentatives de rapports sexuels, viol, inceste ou prostitution des mineurs (5).

Pour **Jean-Yves Frappier** de Montréal il s'agit de: "Toute activité sexuelle à laquelle la victime est incitée ou contrainte à participer contre son gré par manipulation affective, physique, matérielle ou usage d'autorité, qu'il y ait ou non évidence de lésions ou traumatismes physiques ou émotionnels".

Kempe –1978 et Finkelhor– 1986 (12) définissent ainsi l'abus sexuel : "La notion d'abus sexuel désigne l'implication d'enfants et d'adolescents dépendants et/ou immatures dans leur développement, dans des activités sexuelles dont ils ne comprennent pas pleinement le sens ou qui violent les tabous sociaux concernant les rôles familiaux" .

2 – Différents aspects de la maltraitance sexuelle : (3,10)

. Le viol :

C'est un acte de pénétration, qu'elle soit anale, vaginale et /ou orale, par un objet quel qu'il soit, effectué sur une personne de sexe féminin ou masculin, sans son consentement.

. L'inceste :

C'est un abus sexuel par ascendant légitime, naturel ou adoptif.

. Les attouchements sexuels :

Ils concernent les actes destinés à l'enfant et ceux à l'encontre du maltraitant. Les attouchements sexuels sont des délits.

. L'exhibition sexuelle :

L'exécution en public ou dans un lieu accessible à la vue de tous, d'actes sexuels normaux ou anormaux, sur un enfant.

. L'harcèlement sexuel :

Fait de harceler un enfant en usant d'ordres, de menaces ou de contraintes, dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle.

. La pornographie :

La visualisation d'images pornographiques à l'enfant et son exploitation à des buts pornographiques.

. La pédophilie :

L'OMS la définit comme "une préférence sexuelle pour les enfants généralement d'âge pré-pubère ou au début de la puberté".

IV. Les Maltraitements Psychologiques et Négligences:

Il n'existe pas de définition claire et universelle de ce qu'on entend par l'expression « Maltraitements psychologiques ». Pour traiter de cette réalité dont les contours restent flous, les auteurs utilisent des concepts variés tels que l'abus émotionnel, la violence psychologique, la maltraitance émotionnelle, la violence verbale ou symbolique et l'abus verbal (13-15).

Un panel d'experts a proposé la définition suivante des mauvais traitements psychologiques envers les enfants :

« Tout acte, commis ou omis, jugé selon les standards de la communauté et l'expertise professionnelle, comme étant psychologiquement dommageable. Ces actes sont commis, individuellement ou collectivement, par des personnes dont la position de pouvoir (due à l'âge, au statut, aux connaissances ou à la fonction) rend l'enfant vulnérable. Ces actes peuvent nuire immédiatement ou ultérieurement au fonctionnement cognitif, comportemental, affectif ou physique de l'enfant ».

Les maltraitements psychologiques sont souvent subdivisés en huit grandes catégories qui sont définies comme suit (d'après l'A.P.S.A.C. ou American Professional Society of the Abuse of children) :

- **Le rejet** : le fait de rejeter l'enfant, de le repousser, de lui faire sentir qu'il est inutile ou qu'il n'a pas de valeur, de dévaloriser ses idées ou ses sentiments; le fait de refuser de l'aider.
- **Le mépris** : le fait de dénigrer l'enfant, de le ridiculiser, de l'humilier, de lui faire honte; le fait de critiquer l'enfant, de l'insulter, de l'injurier.
- **Le terrorisme** : le fait de menacer l'enfant ou un être qui lui est cher de violence physique, d'abandon ou de mort; le fait de menacer de détruire les possessions de l'enfant, de le placer

dans des situations chaotiques ou dangereuses, de définir des attentes strictes et déraisonnables en menaçant de le punir s'il ne s'y conforme pas.

- **L'isolement** : le fait d'isoler physiquement ou socialement l'enfant, de limiter ses opportunités de socialiser avec les autres.
- **La corruption et l'exploitation** : le fait de tolérer ou d'encourager des comportements déviants ou inappropriés, d'exposer l'enfant à des modèles antisociaux, de considérer l'enfant comme un serviteur, de le contraindre ou de l'encourager à participer à des activités sexuelles.
- **L'absence de réponses affectives** : le fait de ne pas se montrer attentif ou de rester indifférent envers l'enfant; le fait d'ignorer ses besoins affectifs, d'éviter les contacts visuels, les baisers ou les échanges verbaux avec lui; le fait de ne jamais le féliciter.
- **Les lourdes négligences** : le fait d'ignorer les problèmes de santé ou d'éducation de l'enfant, de refuser ou de négliger d'appliquer le traitement requis.
- **L'exposition à la violence conjugale** : le fait d'exposer l'enfant à des paroles ou à des gestes de violence entre ses parents.

EPIDEMIOLOGIE

L'approche épidémiologique des maltraitements à enfants est fragmentaire et très discutable, du fait que les nombreuses études emploient des définitions différentes pour la maltraitance envers les enfants, ainsi que des méthodologies et des temps d'analyse différents.

I. Fréquence :

1 – Au Maroc :

A ce jour, il n'existe pas vraiment de statistiques nationales colligeant tous les cas d'enfants maltraités.

Ainsi, l'Observatoire National des Droits de l'Enfant (ONDE) a pour mission de rassembler les données et les informations et d'entreprendre les études scientifiques et de terrain relatives aux différents domaines de la situation de l'enfant au Maroc.

Selon les statistiques de l'ONDE en 2005 (8): 89% des cas de signalement de maltraitance a été enregistré au niveau du Centre d'Ecoute et de Protection des Enfants Maltraités (CEPEM), tandis que 11% des cas ont été signalé par le numéro vert. Le nombre d'enfants victimes de maltraitance signalés au CEPEM a augmenté de 74 cas en 2000 à 238 cas en 2005, qui est une augmentation de 321 %. Mais on note une diminution de 194 % par rapport à l'année 2004.

L'évolution des cas d'enfants victimes de violences, pris en charge par le CEPEM pendant les années 2000–2005, est représentée dans la figure 19.

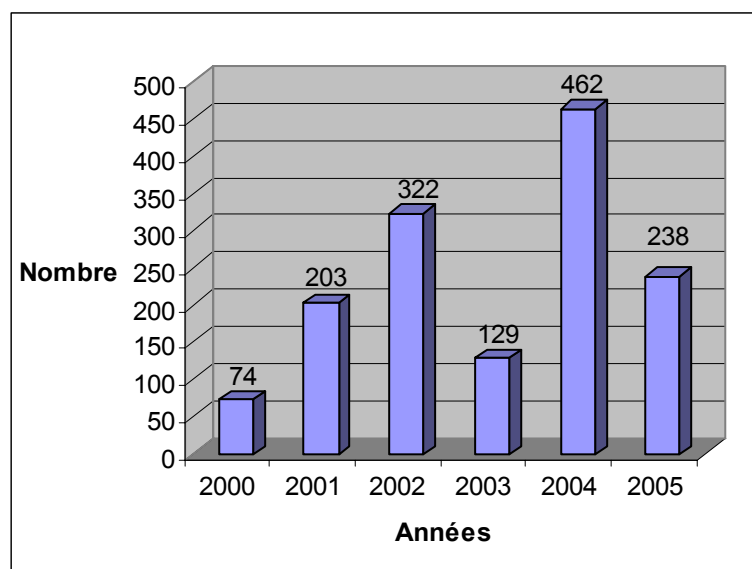


FIGURE 19 : Evolution des cas de maltraitance à enfants au Maroc, 2000–2005
(Source : ONDE / CEPEM)

2– En France :

Dans son rapport annuel de l'année 2006 (16), l'Observatoire national de l'enfance en danger, l'ONED, recensait :

– 253.539 enfants de moins de 18 ans ayant bénéficié d'au moins une mesure de protection (intervention en milieu ouvert ou accueil de l'enfant) sur l'ensemble de la France. Ce qui représente 1,80 % des moins de 18 ans. Mais les rapporteurs insistent sur le fait que ces chiffres nationaux cachent de fortes disparités départementales. En 2004, Le nombre d'interventions variaient ainsi de 8,4 à 37,4 par 1000 enfants selon les départements. En 2005, 97.000 enfants ont ainsi fait l'objet d'une procédure de signalement adressée aux conseils généraux, (+ 2% par rapport à 2004), 80% concernant des situations « à risque » et 20% des situations de maltraitance effective.

Selon l'ODAS, dans son rapport annuel de l'année 2005 (17):

– 95 000 enfants ont fait l'objet d'un signalement par les conseils généraux en 2004, ce qui représente une augmentation de 6000 enfants par rapport à 2003 soit une évolution de 7%.

Cette croissance forte confirme la hausse déjà constatée en 2003 (+ 3000 enfants par rapport à 2002) après plusieurs années de progression plus mesurée (3000 enfants de plus en 4 ans).

Le nombre de signalements d'enfants maltraités en France a plutôt tendance à stagner, alors que le nombre de signalements d'enfants à risque augmente chaque année, ce qui fait croître le nombre d'enfants en danger (+ 25000 en 9 ans).

L'évolution des enfants maltraités et des enfants à risque sur l'ensemble des enfants en danger en France de 1993 à 2004, est représentée dans la figure 20.

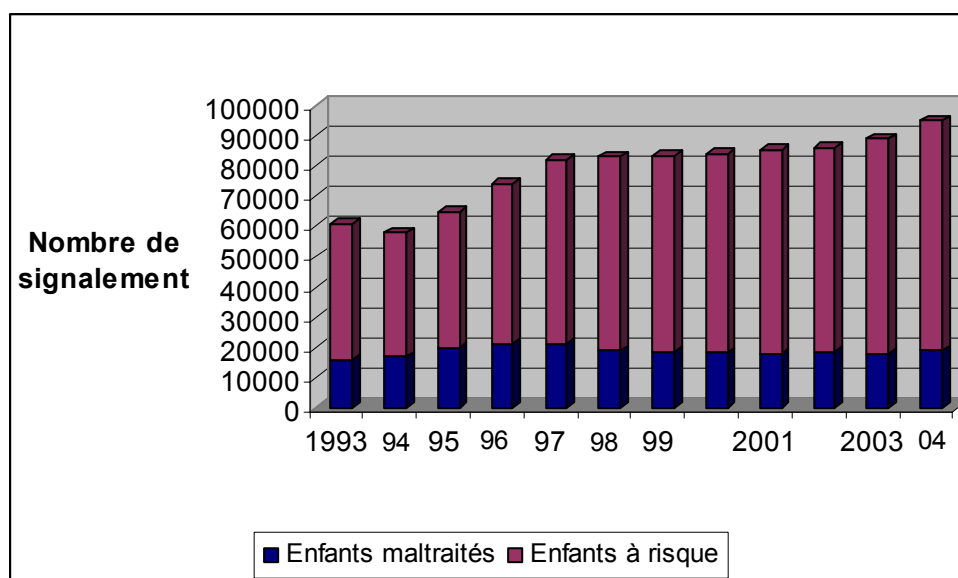


FIGURE 20 : Répartition des enfants en danger en France, 1993–2004 (Source : ODAS)

3– Aux Etats-Unis :

Les statistiques du NCANDS (National Child Abuse and Neglect Data System) (18) ont montré que les agences de Child Protective Services (CPS) ont reçu en 2004, environ 3 millions d'enfants américains, qui ont été allégués pour avoir été maltraités dont approximativement 872.000 enfants ont été déterminés pour être victimes de maltraitance.

Le nombre d'enfants victimes de maltraitance qui ont reçu une prise en charge par la CPS a diminué de 13.4 par 1.000 enfants en 1990 à 11,9 par 1000 enfants en 2004, qui est une diminution de 7,5 %.

L'évolution des cas d'enfants victimes de violences par 1000 enfants dans la population nationale des états unis pendant les années 1990–2004, est rapportée dans la figure 21.

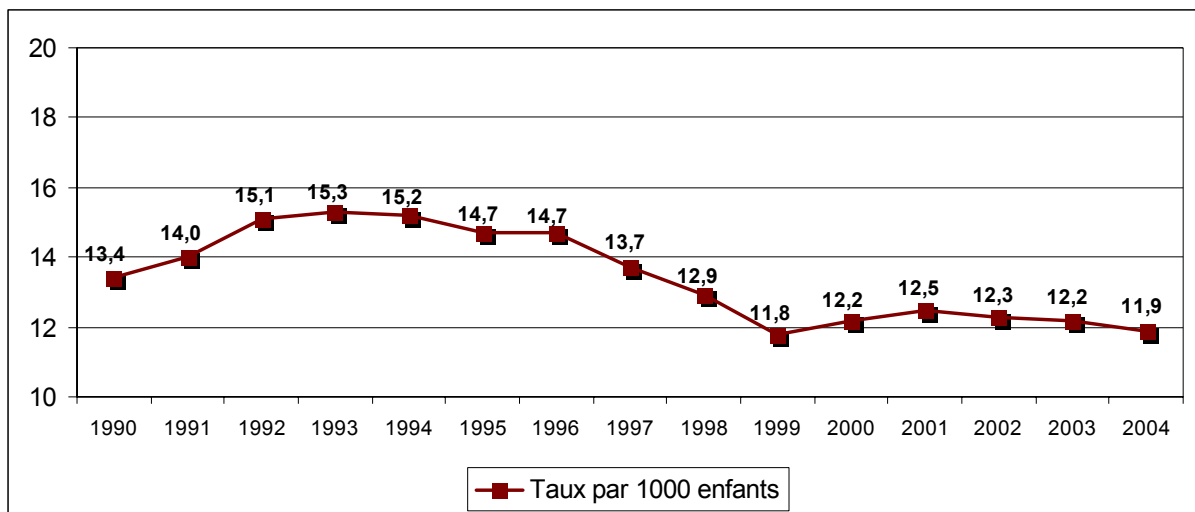


FIGURE 21 : Evolution des cas de maltraitance à enfants aux Etats Unis, 1990–2004
 (Source: NCANDS /U.S. Department of Health and Human Services).

4– Au Canada :

L'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI), menée par l'Agence de santé publique du Canada selon un cycle périodique quinquennal de surveillance, fournit des données sur les taux d'incidence des cas de violence et de négligence au Canada signalés aux responsables des services de protection de l'enfance (19). En 2003, un nombre estimatif de 235 315 enquêtes ont été menées au Canada sur des cas de maltraitance à enfants (soit un taux de 38,33 enquêtes pour 1 000 enfants âgés entre 0 et 15 ans).

Dans environ la moitié de ces enquêtes (49 % ou un nombre estimatif de 114 607 enquêtes), l'intervenant de la protection de l'enfance chargé d'enquêter sur le cas a pu établir que les allégations de mauvais traitements étaient fondées (18,67 enquêtes pour 1 000 enfants).

En 2003, 59 enfants canadiens (de moins de 18 ans) ont été victimes d'homicide; un peu plus de la moitié de ces homicides ont été commis par un membre de la famille (19).

5- OMS :

D'après l'organisation mondiale de la santé (OMS), la maltraitance à enfants constitue un problème majeur de santé publique partout dans le monde, avec près de 40 millions d'enfants concernés (1).

II. L'âge de l'enfant :

Selon les résultats d'une étude faite aux USA, 50% des enfants maltraités avaient moins de 7 ans et 25 % moins de 4 ans (18). Même résultat trouvé en Chine (20), alors qu'en Inde la tranche d'âge la plus touchée est celle entre 6 et 12 ans (21).

D'après les estimations de l'OMS en l'an 2000, les nourrissons et les très jeunes enfants sont les plus exposés aux maltraitances. Le taux dans le groupe des 0 à 4 ans étant plus du double de celui du groupe des 5 à 14 ans (1). Le jeune âge de ces enfants en fait des victimes faciles, sans défense et incapable de se plaindre.

Selon le CEPED (8), la tranche d'âge la plus touchée est celle de 7 à 12 ans (40%) et de 13 à 18 ans (39%). La tranche d'âge inférieure à 6 ans a été touchée dans 21% des cas. Le ratio des cas de maltraitance en 2005 par rapport aux groupes d'âge, est représenté dans la figure 22.

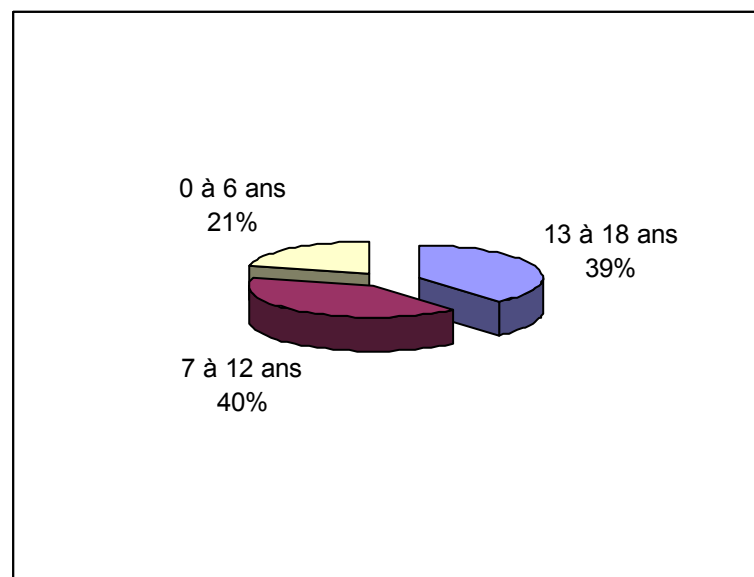


FIGURE 22 : Ratio (%) des cas de maltraitance / groupes d'âge en 2005 (Source : ONDE / CEPED).

Dans notre étude, la tranche d'âge la plus touchée est celle de 6-12 ans, soit 42,5% de l'ensemble des enfants maltraités. La tranche d'âge inférieure à 5 ans a été touchée dans 27,5% des cas.

III. Le sexe :

Dans la plupart des pays, les filles risquent plus que les garçons d'être victimes d'infanticide, de violence sexuelle, de privations sur le plan de l'éducation et de la nutrition, et d'être entraînées dans la prostitution forcée (22-24). Les conclusions de plusieurs études internationales montrent que les taux de violence sexuelle sont de 1,5 à 3 fois supérieurs chez les filles (18,25,26). Dans le monde, plus de 130 millions d'enfants âgés de 6 à 11 ans ne sont pas scolarisés, dont 60% sont des filles (27). Dans certains pays, les filles n'ont pas le droit d'aller à l'école et on les garde à la maison, pour s'occuper de leurs frères et sœurs et contribuer aux revenus de la famille en travaillant (4,28,29). En République Palestinienne, par exemple, les parents comptent sur les filles pour s'occuper de leurs frères et sœurs et du ménage. De ce fait, les filles sont pratiquement deux fois plus nombreuses que les garçons à se charger des tâches domestiques (24).

Au Kenya, les filles sont censées assumer la majeure partie des tâches domestiques. Les parents hésitent souvent à envoyer leurs filles à l'école, car l'éducation n'est pas considérée comme un investissement judicieux puisqu'elles vont se marier jeunes et quitter le foyer familial (29). Selon des estimations récentes de l'UNICEF (30), 43 % seulement des filles en âge d'aller à l'école secondaire dans le monde en développement fréquentent un établissement d'enseignement secondaire.

Selon le rapport de l'UNICEF sur la situation des enfants dans le monde en 2007 (30):

La discrimination fondée sur le sexe commence tôt. Les techniques modernes de diagnostic de la grossesse permettent à présent de déterminer le sexe d'un enfant dans la phase la plus précoce. Lorsqu'il existe une préférence économique ou culturelle marquée pour les garçons, l'utilisation abusive de ces techniques peut favoriser les fœticides concernant des fœtus de sexe féminin. Il n'existe aucun élément permettant de confirmer de façon irréfutable

une telle utilisation illégale de ces techniques, mais les histoires des naissances successives dans les familles et les données de recensement font état d'une proportion exceptionnellement élevée de naissances de garçons et d'enfants de moins de cinq ans de sexe masculin en Asie, notamment en Chine et en Inde, ce qui semble indiquer que des fœticides et infanticides en fonction du sexe se produisent dans les deux pays les plus peuplés du monde, ce en dépit des initiatives lancées dans les deux pays pour y mettre un terme.

. Il y a actuellement dans le monde plus de 130 millions de filles qui ont été victimes de mutilations génitales. Ces pratiques peuvent avoir de graves conséquences sur leur santé, notamment par de mauvaises cicatrisations augmentant le risque d'infection par le VIH, des complications après l'accouchement, des inflammations, et une incontinence urinaire.

. Plus les filles sont jeunes pour leur première relation sexuelle, plus le risque que cette relation leur ait été imposée est grand. Selon une étude de l'OMS en 2002, 150 millions de filles et 73 millions de garçons de moins de 18 ans ont fait l'expérience de relations sexuelles forcées ou d'autres formes de violence physique et sexuelle.

Mais il semble que, dans d'autres études, il n'y ait pas de prédominance de sexe (21,31). Selon les statistiques de l'ONDE en 2005 (8), le nombre de cas de maltraitance signalé du sexe masculin (119 cas) est égale à celui signalé pour le sexe féminin (119 cas).

Dans notre série, le pourcentage de filles maltraitées dépasse celui des garçons (61% contre 39%).

IV. La taille de fratrie :

La taille de la famille peut également faire augmenter le risque de violence (13,32). Ainsi, il ressort d'une étude menée auprès de parents au Chili que les familles comptant quatre enfants et plus, risquent trois fois plus de se montrer violentes envers les enfants que lorsque les parents ont moins d'enfants (28) .

Dans notre étude, 71% des enfants maltraités ont plus de 5 frères, ce qui reste similaire avec d'autres études où le pourcentage de taille de la fratrie dépassant cinq enfants est de 80%.

V. L'origine :

Plusieurs auteurs rapportent que les violences physiques sont plus prédominantes dans les régions rurales que dans les régions urbaines (33).

En Ethiopie, 64% des écoliers des zones rurales déclaraient avoir des ecchymoses et hématomes sur le corps à la suite de punitions parentales, contre 21% des écoliers des villes (34).

Selon l'ONDE (8), durant l'année 2005, 70 % des enfants marocains maltraités sont d'origine urbaine contre 30 % d'origine rurale. La répartition des cas de maltraitance signalés au CEPED selon le milieu d'habitat durant l'année 2004-2005, figure dans la figure 23.

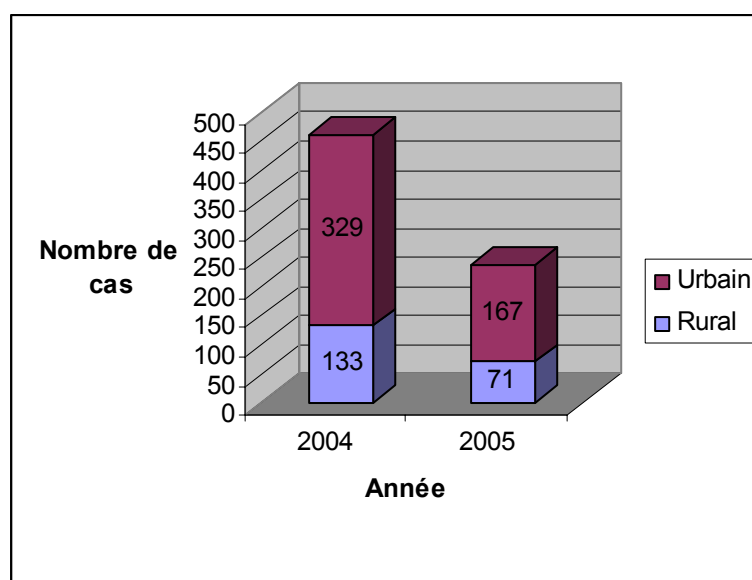


FIGURE 23 : Répartition des cas de maltraitance selon le milieu d'habitat ; 2004-2005 (Source : ONDE / CEPED).

Selon les statistiques de l'ONDE (8), les cas de violences sont plus prédominantes dans les grandes agglomérations, représentées en premier lieu par la région de Rabat-Salé-Zemmour-Zair (29% des cas) suivie par la région de Souss-Massa-Daraa (14%) et la région de grand Casablanca (10%). La répartition des cas de maltraitance selon les régions du Maroc durant l'année 2005 est rapportée dans la figure 24.

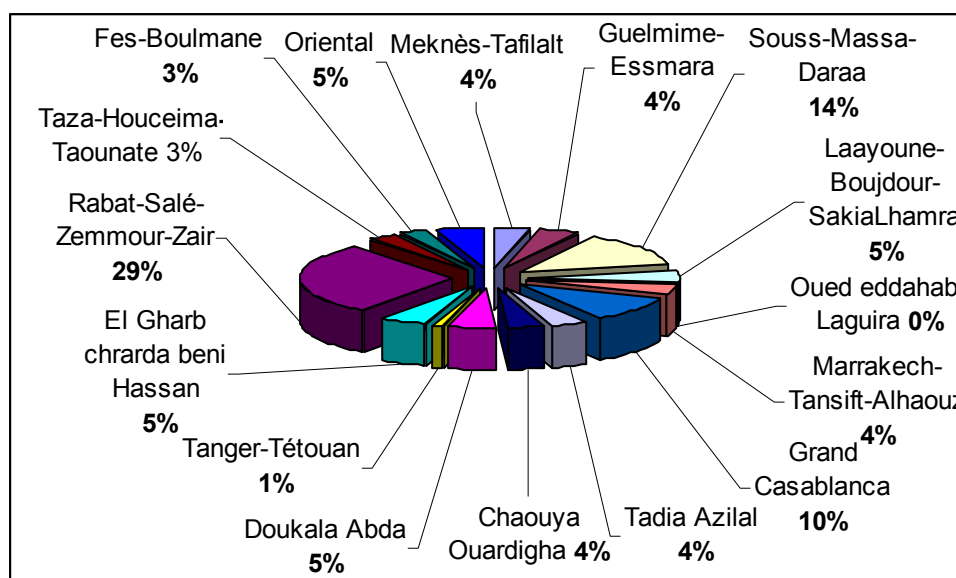


FIGURE 24 : Répartition des cas de maltraitance / régions durant 2005 (Source : ONDE / CEPPEM).

Dans notre série, l'origine urbaine est plus prédominante avec un taux de 86%.

VI. Situation familiale des enfants maltraités :

Aux Etats- Unis, il est trois fois plus probable que les mères célibataires déclarent recourir à des châtiments corporels sévères que les mères de familles biparentales (18). On arrive aux mêmes conclusions en Argentine (35).

Il ressort également d'études réalisées au Bangladesh, en Colombie, au Kenya, en Italie, en Suède, en Thaïlande et au Royaume-Uni qu'un faible niveau d'instruction et des revenus qui ne suffisent pas à répondre aux besoins de la famille font augmenter le risque de violence physique à l'encontre des enfants (36-39), même si l'on note des exceptions à ce schéma dans d'autres pays (32,34,40).

Dans notre étude, les enfants ont plus de risque d'être en danger lorsqu'ils vivent avec leur mère ou leur père dans une famille recomposée. Egalement, l'instabilité professionnelle et l'inactivité des parents peuvent constituer un facteur de risque d'agressivité envers leurs enfants.

VII. Agresseur :

La plupart des auteurs s'accordent à dire que l'agresseur appartient dans la majorité des cas à l'entourage familial (1,3,41).

Une étude canadienne, menée en 2001 par le Ministère de la santé du gouvernement du Canada, utilisant la définition de l'OMS a permis d'obtenir les résultats suivants concernant les cas de maltraitements à enfants (1) :

Les auteurs de l'ensemble de ces violences sont (tableau XIII):

TABLEAU XIII : Les auteurs de sévices au Canada

Agresseur	Pourcentage
Mère biologique	61%
Père biologique	38%
Beau-père	9%
Belle-mère	3%
Famille d'accueil	1%
Autre membre de la famille	7%

(Le total est supérieur à 100% car un acte de maltraitance peut-être pratiqué à la fois par le père et la mère biologique, le beau-père et la mère biologique..).

Il est important de remarquer que la même année pour le même type d'études, les résultats obtenus aux États-Unis (18) sont presque identiques (à + ou - 2% près). Toujours sur le sol américain, le pourcentage d'infanticide quant à lui représentait un taux de 1,62 pour 100 000. Les auteurs des ces infanticides se répartissaient comme suit (tableau XIV):

TABLEAU XIV : Les auteurs des infanticides

Agresseur	Pourcentage
Mère seule	32%
Père seul	11%
Les deux parents	21%
Mère avec une autre personne que le père	16%
Père avec une autre personne que la mère	1%
Autre membre de la famille	5%
Famille d'accueil	6%
Autre proche	6%
Inconnu	2%

Des études réalisées en Brésil, en Palestine, en Chine et aux Etats-Unis donnent à penser que les femmes déclarent recourir plus aux châtiments corporels que les hommes (18,20,24,42). Au Kenya, les enfants font plus état de violence de la part de la mère que du père (29). Cependant, les hommes sont le plus souvent les auteurs de traumatismes crâniens parfois mortels, de fractures résultant de violence et d'autres blessures entraînant la mort (43).

Les auteurs d'agression sexuelle contre des enfants, que la victime soit fille ou garçon, sont majoritairement des hommes dans de nombreux pays (42, 44 ,45). Il ressort de bien des études que, dans plus de 90% des cas où la victime est de sexe féminin, l'agresseur est de sexe masculin. Lorsque la victime est de sexe masculin, l'agresseur est de sexe masculin dans 63% à 86% des cas (1,18,46,47).

Les résultats de ces études s'accordent avec celles de notre série, dont le couple parental et la famille élargie sont le plus souvent en cause dans les cas d'agressions sur mineurs avec un taux de 38%. Suivi par le voisin dans 25% des cas et dans 16% des cas, il s'agit d'un inconnu.

VIII. Types de sévices :

Dans notre pays, Selon les statistiques réalisées par le ONDE (8) durant la période entre 2000 et 2005, 1428 cas étaient signalé, dont 578 cas de violences sexuelles (41%), 392 cas de violences physiques (27%), 258 cas de négligences (18%) et 200 cas de maltraitances psychologiques (14%).

En France, selon les résultats de l'ODAS en 2002 (17), les violences infligées à l'enfant sont répartis comme suit : 32% abus sexuel, 30% violences physique, 27% négligences lourds et 11% pour les violences psychologiques.

Plusieurs autres études (3,48) s'accordent avec les résultats de notre série dont les violences sexuelles sont prédominant et occupe 48% de l'ensemble des maltraitances infligés à l'enfant suivie par les violences physiques avec un taux de 31%.

D'après d'autres études (25,26,49,50), les violences physiques constituent le type de violences le plus prédominant et varient entre 32% à 75% de l'ensemble de mauvais traitements.

La répartition de la nature des maltraitances à enfants selon les auteurs est rapportée dans le tableau XV.

TABLEAU XV : Répartition de la nature des maltraitements à enfants selon les auteurs

Auteurs Années/ Pays	Maltraitance Physique		Sexuelle		Psychologique		Négligences		Total
	Nombre	%	N	%	N	%	N	%	Nombre
ONDE/CEPEM 2000–2005 (8). Maroc	392	27%	578	41%	200	14%	258	18%	1428
ODAS (17) 2002. France	5600	30%	5900	32%	2000	11%	5000	27%	18500
ECI (19) 2003. Canada	25257	34%	2935	4%	15369	21%	30366	41%	73927
NCANDS (18) 2004. USA	156960	18%	87200	10%	61040	7%	523200	60%	872000
ALSPAC (25) 2004. UK	90	32%	31	11%	71	25%	82	29%	293
CAN (26) 1996–1998 Turquie	30	60%	13	26%	9	18%	10	20%	50
AlMahroos(48) 1991–2001 Bahrain	50	36%	87	62%	0	0%	3	2%	140
Chang (49) 2001. Korea	84	56%	3	2%	29	19%	35	23%	151
Ben Arie (51) 2000. Israël	9643	30,5%	2434	7,7%	5185	16,4%	10940	34,6%	28202
Dassa (50) 2003. Togo	1800	75%	58	2,8%	0	0%	1608	67%	1800
Notre série 1999–2005 Marrakech	75	31%	119	48%	29	12%	22	9%	245

En général, l'approche épidémiologique des maltraitements à enfants est en évolution mais reste difficile à cause de (52):

L'imprécision des données en raison :

- du silence des enfants maltraités lorsqu'ils sont en âge de parler.
- du déni habituel des parents lorsque les sévices sont découverts ou révélés par l'enfant.
- de la difficulté des professionnels à les reconnaître et à les signaler.
- de l'absence de critères cliniques définissant le champ de la maltraitance.

LES FACTEURS DE RISQUE DES MALTRAITANCES A ENFANTS

Le phénomène des mauvais traitements envers les enfants est complexe. Depuis quelques décennies déjà, différents modèles ont été développés pour tenter d'en expliquer l'origine. Aujourd'hui, les chercheurs s'entendent pour considérer le phénomène de la maltraitance comme étant le résultat de l'interaction d'un ensemble de facteurs d'ordre individuel, environnemental et social.

I. Facteurs de vulnérabilité des parents :

Les auteurs de sévices à enfant sont généralement les parents, entre lesquels existe une complicité plus ou moins consciente (53). C'est ainsi que celui qui s'abstient de frapper induit, sinon facilite la violence de l'autre (52).

Plusieurs facteurs de vulnérabilité sont actuellement connus concernant les parents :

1 – Les antécédents de maltraitance chez les parents :

D'après plusieurs études, 30% des parents qui ont été maltraités pendant leur enfance risquent plus de maltraiter leurs propres enfants.

Il a été avancé aussi que des familles traversées par des conflits transgénérationnels méconnus ou tenus secrets, peuvent transmettre les sévices à enfant d'une génération à l'autre (32,54).

Ce sont souvent des parents qui ont une mauvaise image d'eux-mêmes, qui ont souffert dans leur enfance de multiples carences affectives et éducatives, avec des placements répétés et une expérience de maltraitance. En quête d'un objet consolateur idéal qu'ils n'ont jamais pu ni rencontrer ou garder, ils sont sans cesse déçus avec un sentiment d'injustice et de persécution, ne cessant d'attribuer à autrui la cause de leur malheur ; de même, avec l'un de leurs enfants, qui sera victime de maltraitance (52,55).

2- Les pathologies psychiatriques avérées :

Lors des moments de décompensation psychique, il peut apparaître un risque de maltraitance. Environ 10% des cas, il s'agit le plus souvent de pathologies lourdes connues et suivies. Mais il peut s'agir également d'une pathologie psychiatrique non traitée mais tolérée par le milieu familial, qui risque de se décompenser et retentir de façon dangereuse sur l'enfant. Il peut s'agir de psychoses, perversions, paranoïa, dépressions mélancoliques, schizophrénie...(13,53,56).

3 -Les troubles de la personnalité :

La plupart des parents maltraitants, s'ils ne souffrent pas d'anomalies psychiatriques caractérisées, présentent en revanche de graves troubles de la personnalité, le plus souvent en lien avec d'importantes carences affectives précoces (pathologies dites narcissiques) ainsi que de graves traumatismes (32,53) au premier rang desquels figure précisément la maltraitance (30% des cas environ).

En raison d'une faille de la personnalité jusque là plus ou moins masquée, en lien avec une expérience traumatique antérieure, survenue par exemple chez la mère lors d'une grossesse (interruption médicale de grossesse, mort périnatale...) réalisant un tableau de « névrose traumatique post-obstétricale », à l'origine d'une dépression du post-partum (47,52).

Autres troubles de la personnalité peuvent exister : trouble du caractère, immaturité, instabilité.

4- Autres :

Autres facteurs de vulnérabilité liés aux parents, peuvent exister :

– Parents jeunes, isolés sans amis, grande différence d'âge dans le couple, conflit avec la famille, avec les voisins, paternité contestée, divorce ou parent isolé (7,56).

- Violence conjugale et familiale auxquelles viennent parfois s'ajouter l'alcoolisme ou la toxicomanie (57,58).
- Perception erronée ou non connaissance des besoins de l'enfant (59).
- Bas niveau intellectuel ou analphabétisme (32).
- Structure familiale traditionnelle très rigide favorisant l'usage de châtiments corporels (7).

II. Facteurs de vulnérabilité de l'enfant :

L'enfant victime de sévices occupe souvent une place particulière au sein de la famille. Il appartient parfois à une fratrie de plusieurs enfants au sein de laquelle il est le seul à subir les sévices « enfant cible » (53).

Divers facteurs sont en cause :

1 – Du fait de son statut particulier dans sa famille :

- Un enfant « précieux », investi d'une fonction réparatrice ou salvatrice (enfant de remplacement, enfant né par procréation médicalement assisté...) mais décevant et qui ne répond pas aux attentes (13).
- Un enfant illégitime (né d'un viol ou d'un inceste) (52).

2 – Du fait de circonstances particulières : (13,40,60)

- Grossesse pathologique.
- Prématurité : 20% environ des enfants maltraités sont nés prématurément. Les conséquences de la prématurité (deuil pour la mère d'un enfant imaginaire parfait, séparation prolongée après la naissance, surmédicalisation d'un enfant qui devient pour un temps un « enfant de science ») peuvent fragiliser la qualité du lien d'attachement parents-bébé.
- Gémellité : l'un des jumeaux peut devenir l'enfant cible, alors que l'autre jumeau est idéalisé.

- Toutes les situations de séparation précoce, répétée ou prolongée en raison d'une hospitalisation ou d'un placement.
- Enfant porteur d'un handicap, d'une anomalie génétique ou morphologique, ou d'une maladie chronique.
- Enfant présentant un trouble du comportement particulièrement éprouvant pour ses parents et suscitant des réactions d'intolérance (anorexie, instabilité psychomotrice, trouble sphinctérien, insomnie ...) (52,53).

III. Facteurs socio-économiques :

Les familles déshéritées sur le plan socio-économique et culturel, sont les plus susceptibles de maltraiter leurs enfants. En effet, plusieurs facteurs peuvent contribuer à abaisser le seuil de tolérance des parents envers leurs enfants, tels que (32,52,53,56,57,61):

- Le chômage : l'inactivité d'un des parents, ou du parent en cas de famille monoparentale, au sens large semble un facteur de risque important [selon le rapport de l'ODAS 2003 qui insiste sur ce facteur de risque (17)].
- Mauvaises conditions de vie.
- Niveau professionnel bas.
- Isolement au sein du groupe social.
- Précarité des conditions de logement.
- Faiblesse de ressources.
- La vie en situation illégale ou clandestine.
- Toute situation d'isolement familial : père non présent durant le post-partum immédiat, famille monoparentale.
- Instabilité de la relation conjugale parentale.
- Deuil récent.

Notons qu'un facteur « favorisant » n'est évidemment pas un indice de maltraitance mais peut bien nous aiguiller pour prévenir la maltraitance ou les récidives.

DIAGNOSTIC DE MALTRAITANCE

ET

PRISE EN CHARGE

Le diagnostic de maltraitements à enfants repose sur un ensemble d'arguments cliniques et sur l'appréciation de la situation médico-psycho-sociale. Le médecin doit rester sensibilisé à ce grave problème, loin d'être exceptionnel, pour évoquer ce diagnostic et prendre les mesures adaptées de soins et de protection de l'enfant.

I. Le diagnostic de maltraitance

Le médecin praticien peut être amené à examiner un enfant suspect de maltraitance devant plusieurs circonstances :

- Soit lors d'une hospitalisation en urgence d'un enfant à la demande de ses parents ou d'un médecin, lequel suspecte fortement des sévices.
- Soit lors d'un examen clinique systématique pour une affection banale (52).
- En consultation dans le cadre d'une réquisition de l'autorité judiciaire (81).
- Ou devant des signes d'alerte où l'enfant peut présenter (12):
 - un aspect négligé
 - des ecchymoses, plaies, brûlures, fractures, lacérations, griffures, chutes de cheveux
 - des lésions et/ou des infections génito-urinaires
 - des douleurs abdominales, maux de tête, une énurésie ou encoprésie
 - des désordres alimentaires (anorexie, vomissements, boulimie)
 - un arrêt du développement physique et psychomoteur
 - un vocabulaire inadapté pour son âge
 - un intérêt excessif pour les parties génitales (dessins, paroles)
 - un échec ou absentéisme scolaire

Tout enfant victime d'une maltraitance, doit être accueillie pour être soutenue et protégée. Il faut aussi savoir l'orienter et l'accompagner, notamment en vue d'une éventuelle intervention judiciaire. Donc tout médecin doit être capable d'accueillir et d'orienter les enfants victimes de maltraitance.

1- L'Accueil :

L'accueil doit être réalisé au sein d'une unité d'accueil, dans un environnement adapté aux enfants confrontés à tous types de situations de risque ou de maltraitance : physique, psychologique, sexuelle et négligences.

Reposant sur une triple évaluation pluridisciplinaire des situations qui lui sont confiées, Ces unités d'accueil, accueillent, évaluent et proposent une prise en charge de toutes les situations de violences faites aux enfants. La qualité de leur action est étroitement dépendante des relations avec tous les partenaires s'inscrivant dans le champ de la protection de l'enfant.

Depuis quelques années, le Ministère de la santé publique implante dans les provinces, des cellules d'accueil et d'orientation des enfants victimes de maltraitance qui sont localisées aux services des urgences. La cellule de Marrakech, située à l'hôpital Ibn Tofail travaille en étroite collaboration avec l'association Ennakhil.

Les missions d'une unité d'accueil : (82)

Ses missions sont d'accueillir, d'évaluer les situations et de proposer une prise en charge la mieux adaptée à chaque enfant.

. Accueillir

L'accueil peut être réalisé au sein d'une consultation hospitalière pédiatrique, dans un endroit calme adapté aux enfants avec une relative intimité, sans attente.

. Evaluer

L'évaluation repose sur une triple consultation (pédiatre, assistante sociale, pédopsychiatre ou psychologue) utilisant des outils diagnostiques spécifiques qui leur permettent de repérer un certain nombre d'indicateurs, permettant de confirmer ou d'infirmer les violences, d'évaluer l'importance des troubles post-traumatiques, et d'envisager la meilleure prise en charge possible.

. Accompagner

La synthèse pluridisciplinaire conduit à proposer un suivi et une prise en charge médicale, sociale ou psychologique, en contact avec les partenaires extérieurs.

Deux principes pourraient guider le fonctionnement de ces unités :

. Une prise en charge globale et pluridisciplinaire, comportant non seulement un versant médical, mais aussi un versant psychologique et social.

. Une implication étroite avec l'ensemble des acteurs de la protection infantile.

Donc l'objectif de l'unité d'accueil est la mise en route de l'intervention thérapeutique avec orientation en second lieu vers les structures les mieux adaptées.

2- L'entretien :

Il est nécessaire de créer un climat de confiance, une alliance thérapeutique de qualité avant d'aborder la maltraitance, en avançant pas à pas, en insistant sur le fait que le patient peut trouver du soutien, et qu'une aide est possible et disponible.

Chez l'enfant, l'entretien doit s'adapter à son niveau de développement. Dans tous les cas, les soignants s'efforceront de ne porter aucun jugement de valeur. Ils resteront dans une relation de soins. Le tableau XVI définit l'attitude soignante face au comportement de l'enfant (83).

TABLEAU XVI : Attitude soignante face au comportement de l'enfant

Attitude de l'enfant	Attitude soignante
L'enfant ne fait pas spontanément confiance à un adulte qu'il ne connaît pas	Le soignant doit écouter, ne pas effrayer
Ses capacités d'expression sont limitées	Utiliser les propres mots et termes de l'enfant quand cela est possible
Il ne demande pas spontanément de reformuler une question incomprise	Poser des questions simples et s'assurer qu'il a compris
L'enfant possède une mémoire moins apte à gérer et à hiérarchiser les informations récentes et anciennes	Tenir compte de cet état de fait dans le recueil de la chronologie des informations
L'enfant est en position de dépendance vis à vis de l'adulte.	Ne pas se substituer aux parents
L'enfant est réticent à « trahir » ses parents: le conflit de loyauté	Ne pas dénigrer les parents
• Dans son récit, il peut être amené à se conformer à ce qu'il imagine être les attentes, les convictions de l'adulte • Sa suggestibilité est forte	• Tout propos, toute mimique ou toute attitude peut contaminer son récit • Il est nécessaire de le laisser apporter seul les détails, sans les interpréter

L'anamnèse de l'enfant et des parents permettra de rechercher les notions suivantes (7,81):

- Les antécédents chirurgicaux et médicaux de l'enfant.
- La notion d'hospitalisation et de prise médicamenteuse.
- La scolarisation de l'enfant, son lieu d'habitat, le nombre de fratrie et leur niveau de scolarisation.
- Le niveau socio-économique des parents, leurs professions et leurs habitudes toxiques.
- L'auteur des sévices.
- La nature et le lieu des sévices, leurs récidives et les moyens utilisés.

- Modification récente de la situation familiale, tel le repli de la famille (les parents qui maltraitent leur enfant, évitent les contacts sociaux et s'isolent).
- Délai entre l'événement et la consultation du médecin.
- Changements fréquents de médecin ou d'hôpital.
- Une première évaluation psychologique est réalisée et les plaintes de la victime sont prises en compte et écoutées avec empathie.

Il est important de souligner dans ce chapitre la nécessité de voir l'enfant seul, de le laisser s'exprimer par le dessin si les mots sont trop difficiles, de le mettre en confiance, tout en restant très clair sur le rôle de protection du médecin (53).

3- L'examen physique :

Il convient devant toute suspicion de maltraitance d'examiner l'enfant entièrement afin de déceler éventuellement tous les signes physiques de maltraitance ainsi que d'évaluer la gravité des répercussions sur l'enfant et faire une description détaillée des blessures, leur emplacement, leur importance, leur taille, leur origine probable et leur ancienneté (84).

L'examen clinique comportera un examen général et un examen somatique. Cet examen doit se faire de préférence en absence des parents de l'enfant maltraité (83).

3-1 L'examen général :

3-1-1 Signes généraux :

L'examen trouve un enfant d'aspect triste, apathique, sale, négligé dans sa présentation (60). On peut observer des troubles de l'état général tels que les retards de développements psychologique et moteur associés à des hypotrophies et des retards staturo-pondéraux avec cassure de la courbe de poids et de taille souvent contemporaine d'un événement ou d'une modification de la vie familiale (7,81).

On peut observer aussi :

- Un tableau de dénutrition caractérisé par une fonte du panicule adipeux, une insuffisance pondérale, une anémie ou des signes de rachitisme (84).
- Un nanisme psychosocial chez les enfants plus âgés en cas d'arrêt précoce et prolongé de la croissance staturale et pondérale. C'est un nanisme harmonieux auquel sont généralement associés des troubles fonctionnels et comportementaux, en particulier des troubles du sommeil, une potomanie, une polyphagie. La reprise de la croissance, spectaculaire au bout de quelques jours d'hospitalisation, permet d'établir le diagnostic (52).

3-1-2 Signes comportementaux : (7,14,47,57)

Non spécifiques, souvent très discrets, ils nécessitent une observation attentive de l'enfant et de ses interrelations avec son entourage.

. Chez le nourrisson :

L'observation des interactions avec ses parents peut montrer :

- Un évitement du regard, disparaissant au contact des soignants.
- Une souffrance dépressive patente avec des gestes rares et ralentis.
- Une instabilité motrice chez un nourrisson en âge de marcher.
- Troubles communs aux états de souffrance psychique durable : retard psychomoteur, anorexie, polyphagie et troubles du sommeil.

. Chez l'enfant d'âge scolaire :

Souvent en échec dans les apprentissages, il accumule des difficultés de langage, cognitives, relationnelles avec une inhibition, auxquels viennent s'ajouter des troubles du sommeil et des troubles sphinctériens. On observe parfois des comportements exhibitionnistes et de provocations sexuelles en cas de violences sexuelles associées.

. Chez l'adolescent :

Un état dépressif authentique est souvent masqué par des troubles comportementaux : conduites à risque, actes délictuels, fugues répétées. Les idées ou des conduites suicidaires sont parfois révélatrices.

3-2 L'examen somatique :

3-2-1 Séances physiques :

Les enfants maltraités se présentent avec des signes cliniques très polymorphes. Il est indispensable de noter la morphologie, les formes et les dimensions des lésions, ainsi que leur dénomination exacte (60).

a- Les lésions cutanées :

Elles sont les signes les plus évocateurs de maltraitances, il peut s'agir :

. Ecchymoses et hématomes :

Leur localisation est particulièrement suspecte au niveau du tronc, des lombes, des fesses, de la partie interne des cuisses, du cuir chevelu, du pourtour péri-orbitaire, des joues avec éventuellement des traces de pincement ou de sillon d'une contention forcée. Cette dissémination inhabituelle surtout chez l'enfant en âge de marcher est évocatrice de maltraitance. L'évolution de la coloration de l'ecchymose (du rouge sang au jaune-vert en passant par le bleu) permet de dater l'ancienneté de la lésion. Elles disparaissent en 3 semaines environ. La mise en évidence d'ecchymoses de colorations différentes montre que les lésions ont été provoquées à des dates différentes, indiquant des épisodes répétés de sévices (84,85).

. Plaies :

Elles sont Polymorphes selon leur cause : griffures, morsures ou lacérations (52). Parfois dissimulées, surtout au niveau des muqueuses, elles nécessitent une exploration systématique :

- En endobuccal, à la recherche d'une plaie gingivale, de traces d'ulcérations de la luvette ou du voile du palais (par l'introduction forcée d'une cuillère ou d'un liquide bouillant), ou une rupture du frein labial ou lingual (86).
- Et au niveau des muqueuses génitales pour rechercher des indices d'abus sexuel (11).

. Brûlures :

Il existe plusieurs types de brûlures liées à la maltraitance (85,86):

- Les brûlures par immersion, pouvant témoigner d'une négligence grave ou d'une intention agressive (par immersion forcée dans un bain brûlant pour punir l'enfant).
- Les brûlures par application d'objets brûlants (fer à repasser, poêles), provoquant des marques profondes, à la différence d'un contact accidentel ; telles les brûlures par cigarettes qui se présentent sous la forme d'excoriations circulaires, souvent surinfectées et pouvant être confondues avec un impétigo.
- Les brûlures de flexion, qui se manifestent par de zones de brûlures en bande touchant la face antérieure des hanches et la paroi abdominale, respectant les plis créés par la flexion du corps.

. Alopécie :

Elles correspondent à des manœuvres d'arrachements brutaux et répétés des cheveux, à distinguer de l'alopecie par automutilation chez des enfants maltraités et souffrant de carences affectives (52).

b- Les lésions squelettiques :

Les fractures diaphysaires des os longs, des côtes, du crâne, du sternum et les fractures en spirale d'un membre ou des doigts avant l'âge de la marche sont les plus courantes. Elles sont à rechercher devant des signes évocateurs d'une douleur : une immobilité silencieuse et des gémissements à la moindre tentative de mobilisation du membre impotent (87).

Les fractures accidentelles sont rares chez des enfants de moins de deux ans. Pour les os longs, la fracture se situe au niveau de la diaphyse en cas de maltraitance, tandis qu'elle se situera plus souvent au niveau du cartilage de croissance en cas d'accident (7).

De nombreuses fractures, à différents stades de guérison, sont très suspectes de sévices physiques. C'est le syndrome de Silverman.

Ce syndrome est découvert par l'examen radiologique. On peut retrouver plusieurs caractéristiques radiologiques : lésions métaphysaires classiques en « anse de seau », fractures de côtes (surtout au niveau des arcs postérieurs), fractures multiples souvent bilatérales, fractures d'âges différents, décollement épiphysaire, décollement périosté avec des hématomes sous périostés ossifiés. Tous ces signes sont classiques, mais une « simple » fracture diaphysaire d'un humérus chez un nourrisson de deux mois est très suspecte de maltraitance (88).

Les radiographies du squelette complet sont indispensables pour étayer le diagnostic (89). La scintigraphie osseuse du corps entier est souvent couplée (avant sept ans mais surtout chez les enfants de moins de deux ans) à ce bilan radiographique de manière à dépister des fractures mal vues sur les radiographies classiques, notamment les fractures de côtes. Certains préconisent de commencer par une scintigraphie avant l'âge de deux ans, puis de réaliser des clichés radiologiques ciblés en cas d'hyperfixation (90).

c- Les lésions neurologiques :

Les lésions neurologiques constituent une des principales causes de morbidité et de mortalité chez l'enfant de moins de deux ans victime de sévices. Ces lésions peuvent à court terme, mettre en jeu le pronostic vital et ultérieurement laisser des séquelles définitives (91).

Ces lésions peuvent s'observer dans le cadre du syndrome de l'enfant secoué (Shaken baby syndrome) ou elles peuvent être secondaires à un violent choc direct avec fracture et lésions sous jacentes, à des traumatismes répétés ou secondaire à une strangulation. La lésion la plus fréquente est :

-L'hématome sous dural aigu : Observé chez les nourrissons de moins d'un an, il peut mettre en jeu le pronostic vital, sinon laisser des séquelles neurologiques définitives (sensorielles, motrices, épileptiques) (92).

Souvent révélé par des signes neurologiques d'installation aiguë : altération rapide de la conscience, crises convulsives, déficit moteur, troubles du tonus. Mais la symptomatologie est parfois moins évocatrice lorsqu'elle est réduite à des vomissements, des accès de cyanose et de

pâleur, des apnées brèves (93). L'examen clinique retrouve une augmentation du périmètre crânien associé à une tension de la fontanelle. La radiographie du crâne révèle une disjonction plus ou moins importante des sutures avec parfois l'existence d'un trait de fracture. L'examen du fond d'œil recherchera des hémorragies rétinienne et un œdème de la papille.

D'autres lésions peuvent être observées:

-L'hématome sous dural chronique

-Les hémorragies sous arachnoïdiennes

-Les contusions

-L'œdème cérébral

d- Les lésions viscérales :

Elles sont en pratique assez peu fréquente et très diverses selon la nature et le siège du traumatisme (94).

– Le plus souvent intra-abdominales (lésions du foie, de la rate, du mésentère, du rein ou du rectum), elles peuvent évoluer à bas bruit et se révéler brutalement au bout de plusieurs jours par un état de choc ou une symptomatologie abdominale aiguë.

– Thoraciques (hémothorax ou pneumothorax), elles sont en général consécutives à des fractures des côtes.

e- Les lésions ORL et ophtalmiques:

Sur le plan ORL, la plupart des auteurs, s'accordent que cette sphère est touchée dans presque 25% des abus sexuel (95,96).

Les lésions les plus fréquemment rencontrées sont les plaies de la face et des lèvres, la rupture des freins labiaux et lingual, les brûlures de la face et cavité buccale et les fractures des sinus, de la mandibule, des os propre du nez et des dents (97). Les gifles violentes et répétées peuvent faire apparaître une rupture tympanique (3).

Sur le plan ophtalmologique, les lésions les plus souvent observées sont les hématomes palpébraux, les hémorragies conjonctivales, les plaies de cornée, les cataractes post-traumatique, les luxations du cristallin, le décollement de la rétine et la chorio-rétinite atrophique qui passe souvent inaperçu à l'examen de fond d'œil et qui peut être retrouvée

plusieurs années après, témoignant ainsi de sévices anciens. Ces lésions peuvent entraîner une altération de l'acuité visuelle et mettre en jeu le pronostic fonctionnel de l'œil atteint, surtout les lésions échappant à l'examen de fond d'œil, responsable de séquelles lourdes type cécité et strabisme. D'où l'intérêt d'un examen ophtalmologique minutieux et complet (98).

f- Les empoisonnements :

L'empoisonnement est défini comme « le fait d'attenter à la vie d'autrui par emploi ou administration de substances de nature à entraîner la mort ».

Les substances les plus impliquées sont les produits domestiques ; tels que les produits ménagers et caustiques ; les substances médicamenteuses (laxatifs et psychotropes) et les drogues (alcool et stupéfiants) (60).

g- Les morsures :

La recherche des traces de morsures humaines est très importante, car leur présence permet d'une part d'apporter un argument précieux au diagnostic de maltraitance, et révéler d'autre part l'identification et l'âge de l'agresseur selon la taille de l'empreinte (99).

h- Le syndrome de Munchausen par procuration :

Ce syndrome a été décrit en 1977 par R.Meadow (81), il est très rare (200 cas recensés dans la littérature pédiatrique depuis 1977) (100). Il s'agit d'un tableau clinique surprenant. C'est la mère qui est le plus souvent responsable.

Cette pathologie de l'enfant est soit (3,53):

- Provoquée (par exemple : malnutrition par vomissements induits, lésions cutanées par injection locale de toxiques).

- Inventée (par exemple : description de crises épileptiques fictives par les parents).

- Ou simulée (par exemple : diarrhée par adjonction d'eau aux selles) par un parent.

Les symptômes de l'enfant conduisent alors à son hospitalisation, mais les examens pratiqués ne retrouvent pas de causes classiques à la pathologie. Les parents provoquent alors des hospitalisations répétées, généralement dans différents services, se présentant toujours comme désireux de savoir ce qui arrive à leur enfant, se montrant même souvent très actifs durant

l'hospitalisation et les soins. Le diagnostic de ce syndrome reste difficile et nécessite souvent une hospitalisation comprenant une séparation avec les parents, souvent difficile à négocier en l'absence de décision judiciaire (100).

i- Le syndrome de l'enfant secoué (Shaken baby syndrome) :

Ce syndrome était décrit pour la première fois par Caffey en 1970. Il s'agit de nourrissons violemment secoués, la tête ballotant dans tous les sens. Cette succession d'accélération et de décélération cérébrales brutales peut entraîner à cet âge la rupture des veines pont, formations fragiles qui se dirigent du cerveau vers la dure mère. Le tableau clinique peut être d'emblée inquiétant du fait de la répétition de ces traumatismes, parfois sans aucun autre symptôme de maltraitances. On peut alors observer des hémorragies cérébrales et/ ou rétiniennes parfois associés à des fractures au niveau de la corticale des os longs mais sans signe extérieur de violence aux membres mêmes (pas de fractures avec déplacement ni d'hématome, ni de lésions cutanées). Le diagnostic en est parfois difficile en absence de traces coups (101).

j- La mort subite du nourrisson :

« Décès inattendu d'un enfant, le plus souvent un nourrisson, considéré jusque-là en bonne santé à la suite d'un accident plurifactoriel ».

La mort subite du nourrisson est une circonstance particulière de décès mais ne constitue pas en elle-même une cause de mort. Certaines de ces morts subites seront expliquées en post-mortem. 20 % ne le seront pas, malgré les examens et autopsies réalisés après le décès. On estime actuellement à 10% la part des sévices dans l'étiologie de mort subite du nourrisson.

Le deuil des parents est un deuil auquel s'associe un traumatisme psychique puissant occasionné par la découverte du bébé et l'absurdité de ce qui leur arrive. Une prise en charge par un professionnel compétent en traumatologie psychique doit être réalisée (102).

3-2-2 Abus sexuels :

La révélation d'une maltraitance sexuelle ou sa découverte inopinée par un tiers est toujours un moment de vérité particulièrement éprouvant pour l'entourage familial ou

institutionnel comme pour la victime. Dans ces circonstances particulières, la qualité de l'accueil est essentielle pour ne pas inhiber l'expression de la souffrance de la victime. Les locaux doivent être adaptés. L'entretien ne doit pas être suggestif, ni intrusif, ni humiliant. Il ne peut aussi se limiter au seul récit des circonstances et des symptômes actuels, mais faire une large place au vécu et à l'histoire du sujet et de sa famille. L'examen clinique doit être prudent, respectueux, commenté et les gestes annoncés par des explications pour ne pas répéter la violence du traumatisme (11).

L'examen somatique à la recherche d'un abus sexuel doit être adapté à l'âge, au sexe et aux circonstances, et mené en présence d'un majeur témoin. Il comporte (10,11) :

. Chez la victime féminine :

- L'évaluation du développement staturo-pondéral et éventuellement psychologique, taille, poids, développement pubertaire.
- L'examen somatique général à la recherche de lésions traumatiques, particulièrement dans les régions dites médico-légales (crâne, cou, seins, zones de défenses, orifices naturels).
- L'examen génital, Abdomen, pubis, faces internes des cuisses, fesses, anus, périnée.
- L'examen gynécologique doit être expliqué et consenti. Chez la petite fille, il est réalisé en position dite de la « grenouille » : décubitus dorsal, jambes repliées, genoux tournés vers l'extérieur et talon l'un contre l'autre, par une simple inspection : petites et grandes lèvres, hymen et si cela est possible vagin, col (examen au spéculum). La barrière médico-légale du viol étant l'hymen, c'est à cet élément que le légiste devra particulièrement s'intéresser. Cet examen est le plus souvent normal, ce qui n'exclut donc en aucun cas la possibilité d'agression sexuelle antérieure, surtout à distance des événements ou en l'absence de pénétration .

. Chez la victime masculine :

- L'examen général et staturo-pondéral est identique.
- L'examen des organes génitaux externes et de l'anus (plis radiaires, raphé médian).
- L'examen génital du mineur fille ou garçon s'attache particulièrement à diagnostiquer les signes cliniques ou biologiques des IST (Syphilis, gonococcie, chlamydiae, herpès,condylomes...)

dont l'existence peut orienter vers la suspicion de sévices ; ce d'autant que l'enfant est plus jeune.

3-2-3 Les sévices psychologiques :

Ces sévices sont très difficiles à définir et à mettre en évidence. Elles peuvent accompagner les sévices physiques et sexuels (3).

Les divers troubles de développement, des troubles du sommeil, des troubles alimentaires (anorexie, vomissements,..) et du comportement peuvent correspondre à cette cruauté mentale, dont on parle de plus en plus, pour souligner qu'il s'agit de faits graves tant en ce qui concerne les comportements des parents que les conséquences pour l'enfant.

Cette maltraitance entraîne des troubles du développement psychomoteur et psychoaffectif, des troubles anxiodépressifs et des troubles d'adaptation sociale, qui peuvent être aussi sévères que certains cas de sévices physiques (7,103).

L'attitude de l'enfant en consultation ainsi que la relation avec l'adulte peuvent être révélatrices de dysfonctionnements à la maison : absence de limites, l'enfant regarde ses parents avant de parler, a peur que le médecin l'approche ou au contraire, un jeune enfant qui quitte aussitôt ses parents pour aller chez l'examineur.

3-2-4 Les négligences :

Négliger, c'est manquer de satisfaire aux besoins essentiels d'un enfant, physiques et/ou psychologiques, ce qui retentit négativement sur la santé et le développement de l'enfant.

Il s'agit souvent de parents jeunes, alcooliques ou toxicomanes, vivant la plupart du temps dans un grand isolement social. L'examen de l'enfant peut trouver (53):

- Une dénutrition et /ou une déshydratation, avec une cassure de la croissance staturo-pondérale, suite à une alimentation irrégulières ou inadaptées.
- Un retard de consultation devant des symptômes chez l'enfant : fièvre, douleur..
- Un retard à l'administration d'un traitement en cas de maladie.
- Une absence de surveillance dans des situations à risque compte tenu de l'âge de l'enfant (bébé laissé seul, enfant jeune laissé dans une situation de danger, produits dangereux laissés à

la portée des enfants..). A ce titre, la répétition d'intoxications ou d'accidents chez un même enfant doit enfin attirer l'attention.

- Absence d'investissement de l'enfant par ses parents, repérable par des Troubles d'interactions parents-enfant, par ignorance des besoins affectifs de l'enfant.

4- Les examens complémentaires face à une suspicion de maltraitance :

Dans la plupart des cas les examens complémentaires sont nécessaires pour étayer ou renforcer le diagnostic de maltraitance. Ils peuvent être demandés systématiquement ou en fonction du contexte (7,52):

- Numération formule sanguine, groupe sanguin.
- Lésions cutanées : bilan de coagulation
- Un bilan rénal à la recherche d'une hématurie.
- Suspicion de fracture ou enfant de moins de 2 ans et autres lésions : un bilan radiographique de l'ensemble du squelette.
- Syndrome du bébé secoué : fond d'œil, radiographie du crâne, échographie transfontanellaire ou scanner cérébrale.
- La scintigraphie osseuse du corps entier (sa place est encore mal définie, mais pourrait être proposée en première intention avant l'âge de deux ans).
- En cas d'abus sexuel, surtout si l'auteur est inconnu, des prélèvements sont obligatoires : sérologies HIV, syphilis, hépatites..., ainsi que des prélèvements bactériologiques (Trichomonas, Chlamydia..).
- Dans certaines situations, des prélèvements médico-légaux sous scellés sont ordonnés par la justice.

5- Les pièges diagnostiques :

- Devant des hématomes multiples, un bilan d'hémostase doit être pratiqué quel que soit l'âge à la recherche d'un trouble de l'hémostase acquis (surdosage en anticoagulant, thrombopénie...) ou primitif (déficit en facteur de coagulation) (83).

- Les fractures d'origine accidentelle sont les plus fréquentes, mais les maladies congénitales doivent aussi être évoquées. Le diagnostic de fragilité osseuse constitutionnelle, dans le cas par exemple de maladie de Lobstein est facile, le plus souvent, de l'éliminer par l'anamnèse précise des faits et des antécédents de l'enfant, et surtout sur des arguments radiologiques (présence d'os wormiens au niveau du crâne, transparence osseuse, corticales minces). Le diagnostic de certitude est fait sur un prélèvement de peau (52, 81,104).
- Les hémorragies intradurales se retrouvent dans les méningites et dans certaines déshydratations sévères .Quant aux ruptures de malformation vasculaire, elles demeurent rares surtout avant 1 an (3).
- Les brûlures doivent être dissociées des lésions vésico-bulleuses d'origine infectieuse ou allergique (81).

II. La prise en charge des sévices à enfants

La prise en charge des sévices à enfants est multidisciplinaire et doit être coordonnée par l'assistante sociale.

1 – Rôle de l'assistante sociale :

De manière générale, l'assistante sociale a plusieurs missions qu'il convient de rappeler ici (83):

- Elle facilite l'accueil, l'information, l'orientation, le soutien des patients et de leur famille à l'arrivée ou au cours de leur prise en charge
- Elle aide les patients dans leurs démarches pour le retour à domicile ou l'orientation vers une autre structure
- Elle assure, dans l'intérêt des personnes, la coordination avec d'autres institutions ou services sociaux et médico-sociaux
- Elle prévient les difficultés sociales ou médicosociales

Le médecin, confronté à une situation de maltraitance, a différentes possibilités d'action en fonction du degré d'urgence, du degré de certitude et du contexte familial. Son rôle est d'assurer la protection de l'enfant, et non pas de faire la preuve des mauvais traitements.

2- Le médecin doit protéger impérativement l'enfant en danger en l'hospitalisant dans un service de pédiatrie :

L'hospitalisation permet :

- Une sauvegarde immédiate de l'enfant victime de sévices, à l'abri d'un éventuel péril imminent.
- D'effectuer l'ensemble des examens nécessaires à l'appréciation du retentissement physique de la maltraitance et d'assurer les soins somatiques qui s'imposent.
- D'évaluer la situation grâce à l'observation du comportement de l'enfant et de ses parents en milieu neutre, l'observation d'une éventuelle régression de troubles somatiques et/ou psychologiques après séparation du milieu familial (reprise pondérale par exemple), l'évaluation par un psychologue ou pédopsychiatre de l'enfant et de la situation familiale, une évaluation de la situation sociale de la famille par l'assistante sociale.

Le refus d'hospitalisation est exceptionnel si celle-ci est présentée par le médecin comme une aide aux soins et au diagnostic et non comme un jugement et une sanction. Lorsque les parents refusent l'hospitalisation, si la maltraitance est évidente ou si les lésions sont graves, le médecin doit réaliser un signalement judiciaire auprès du procureur du roi, ce afin que des mesures soient prises rapidement pour séparer l'enfant du maltraitant et le prendre en charge (53,81,84).

3- Mettre en place des traitements médicaux et/ou chirurgicaux appropriés.

En fonction des lésions :

- Soins et sutures des plaies
- Prophylaxie antitétanique
- Plâtres
- Lutte contre la douleur
- Prophylaxie des IST
- Sans oublier en cas d'agression sexuelle, si la victime est une adolescente pubère, d'envisager une contraception préventive d'urgence.

4- Susciter une concertation pluridisciplinaire

Un bilan d'évaluation pluridisciplinaire est réalisé pour chaque enfant, sur le plan médical, psychologique, psychiatrique, social ou scolaire. L'évaluation s'effectue à partir d'examens cliniques, d'entretiens et de liaisons systématiques avec les intervenants extérieurs.

A l'issue du bilan d'hospitalisation, une synthèse est organisée pour convenir des suites appropriées préparation de la sortie, projet thérapeutique, signalement à l'autorité judiciaire.

L'évaluation pluridisciplinaire ainsi réalisée, a vocation à éviter des expertises ultérieures compte des compétences professionnelles de chacun des membres de l'équipe (52).

5- Faire un signalement :

Lorsque la victime est un mineur ou une personne vulnérable, le médecin est autorisé à signaler les faits au procureur du roi sans que puisse lui être reprochée une violation du secret professionnel dont il est alors délié. Le médecin n'est tenu de signaler que des faits constatés. Il rapportera aussi fidèlement que possible les paroles de la victime.

Signaler consiste à alerter l'autorité administrative ou judiciaire compétente en vue d'une intervention institutionnelle. Le signalement est un écrit objectif comprenant une évaluation d'une personne « présumée en risque de danger ou en danger » nécessitant une mesure de protection administrative ou judiciaire (83).

4-1 Signalement et déontologie médicale : (105)

La levée du secret médical (article 446 du code pénal) :

Le code pénal sanctionne la violation du secret professionnel par « les médecins, chirurgiens ou officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes ou toutes autres personnes dépositaires par état ou profession ou par fonction permanentes ou temporaires des secrets qu'on leur confie ». La peine est l'emprisonnement d'un à six mois et une amende. Toutefois, d'après le même article, ces personnes n'encourent pas de sanction lorsqu'elles dénoncent aux autorités judiciaires ou administratives compétentes les faits délictueux et les actes de mauvais traitements ou de privations perpétrés contre des mineurs de moins de dix huit

ans et dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession ou de leurs fonctions.

4-2 Signalement et code pénal : (105)

L'incrimination de l'omission de porter secours (articles 430 et 431 du code pénal)

Le code pénal sanctionne d'une peine d'emprisonnement de trois mois à cinq ans et d'une amende ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque s'abstient volontairement de porter secours à une personne en danger, lorsque ce secours peut être apporté sans risque (article 431). La même peine est prévue par l'article 430 pour celui qui, pouvant sans risque empêcher un crime ou un délit contre l'intégrité corporelle, s'abstient volontairement de la faire. Certes ces infractions ne sont pas spécifiques aux enfants, mais elles font un devoir à celui qui peut intervenir de le faire lorsqu'un enfant est maltraité ou court un danger quelconque. Celui qui a connaissance de mauvais traitements infligés à un enfant est tenu, sous peine de sanctions pénales d'intervenir, soit personnellement en cas d'urgence, soit en alertant les autorités compétentes.

L'incrimination de la non-dénonciation de crime (article 299 du code pénal)

L'article 299 sanctionne d'un emprisonnement d'un mois à deux ans et d'une amende , ceux qui ayant connaissance d'un crime déjà tenté ou consommé n'en ont pas aussitôt averti les autorités. La peine est doublée lorsque la victime du crime ou de sa tentative est un mineur de dix huit ans.

4-3 Pourquoi signaler ?

Le signalement a pour buts de :

- protéger le maltraité
- informer les autorités compétentes de la situation de danger suspecté
- déclencher une enquête pénale ou administrative d'évaluation.

4-4 A qui adresser le signalement ?

Le médecin qui décide de signaler une situation de maltraitance a le choix entre deux options :

Le signalement judiciaire :

En cas de maltraitance avérée, d'abus sexuel ou de refus des parents d'une hospitalisation ou d'une mesure administrative. Le signalement se fait auprès du procureur du roi ou du substitut chargé des mineurs par téléphone ou fax, avec confirmation obligatoire par courrier (en donnant des renseignements administratifs et médicaux concernant l'enfant et le motif du signalement). Ou directement au Juge des mineurs qui a en charge la protection de l'enfance, en déclenchant une enquête judiciaire et des mesures de poursuite à l'encontre des auteurs de violences. Il faut éviter un signalement direct à la gendarmerie ou à la brigade des mineurs.

Le signalement administratif :

En cas d'enfant à risque et en absence de gravité ou de caractère d'urgence. Le signalement se fait auprès du service de l'assistance sociale.

6- La prise en charge psychologique de l'enfant maltraité et de sa famille : **(52,83)**

Elle constitue, après les volets judiciaire et médical, le troisième volet du traitement. La place du psychiatre ou du pédopsychiatre s'intègre dans la prise en charge globale de l'enfant maltraité. Cependant, le recours à son intervention n'est pas systématique. Il doit être sollicité si :

- . Le contexte de maltraitance est flagrant et qu'il existe des signes de retentissement psychologique
- . La symptomatologie psychiatrique est au premier plan
- . La famille de l'enfant demande spontanément à voir un psychiatre

La prise en charge psychologique concerne l'enfant maltraité et sa famille, avec cette triple visée: soigner l'enfant, ses relations familiales et prévenir les récurrences de maltraitance.

La conduite de l'entretien pédo-psychiatrique comporte certaines spécificités liées au stade de développement de l'enfant. Les objectifs de cet entretien ne diffèrent pas de l'entretien avec un

patient adulte si ce n'est que l'accent sera porté sur l'évaluation du contexte et de la dynamique familiale.

L'entretien psychiatrique a pour objectifs de :

- . Favoriser l'expression des émotions liées au traumatisme
- . Repérer les conséquences psychologiques de la maltraitance
- . Rechercher l'existence de troubles psychiatriques antérieurs
- . Contribuer à l'élaboration du projet de prise en charge
- . Évaluer le contexte familial ou conjugal

III. Rôle du centre d'écoute et de protection des enfants maltraités dans la prise en charge des enfants victimes de violences au Maroc : (8)

En mettant l'accent sur le renforcement des actions ciblant la protection de l'enfant marocain contre le phénomène de maltraitance, l'observatoire National des droits de l'Enfant (ONDE), sous la présidence effective de Son Altesse Royale la Princesse Lalla Meryem, a engagé une vaste réflexion sur cette importante problématique qui aspire à l'instauration d'un véritable « mouvement contre l'exploitation de l'innocence ».

Dans cette perspective le centre d'écoute et de protection des enfants maltraités était inauguré le 25 novembre 1999 par Son Altesse Royale la Princesse Lalla Meryem.

1 – Objectifs du Centre d'écoute et de Protection des Enfants Maltraités :

Le numéro vert 080002511, fonctionnant 24 heures sur 24, et 7 jours sur 7, est un mécanisme de travail du centre d'écoute et de protection des enfants maltraités, au sein de l'ONDE.

En effet, ce support technique d'information et de communication à distance ; en plus des autres formes d'intervention (accueil direct, correspondance) ; est un service d'assistance qui permet :

- A toute personne (majeure ou mineure) de signaler les actes de maltraitance et toutes les formes d'abus et d'exploitation contre les enfants;

- D'intervenir et d'orienter les enfants victimes de maltraitance vers des prises en charge adéquates ;
- De dénoncer les faits et les actes de violence à l'encontre des enfants ;
- D'accueillir et recevoir les plaintes des enfants maltraités, en particulier ceux victimes de sévices sexuels, physiques et psychologiques en leur réservant, ainsi qu'à leurs tuteurs une écoute active.

Ensuite, le centre d'écoute se charge de :

- Intervenir auprès des instances administratives et judiciaires concernées pour une prise en charge juridique directe aux enfants victimes;
- Etablir le contact avec les cellules d'accueil au niveau des hôpitaux du Royaume en coordination avec le Ministère de la santé pour assurer une prise en charge médicale et psychosociale ;
- Constituer une base de données sur les violations des droits de l'enfant afin de cibler les campagnes de sensibilisation et de prévention.

2- Structures du Centre d'écoute et des unités de Protection des Enfants Maltraités :

. **Une cellule d'accueil et d'orientation médicale** basée aux Centres Hospitaliers Universitaires.

. **Une cellule d'écoute et de protection** basée à l'Observatoire National des Droits de l'Enfant, sa fonction est juridique en coordination avec toutes les parties concernées.

Partenariat avec le Ministère de la Justice:

Elle vise la prise en charge juridique en coordination avec le Ministère de la Justice. Ce partenariat a été renforcé grâce à la convention établie entre l'ONDE et le Ministère de la justice

en vue d'accorder la priorité et l'assistance juridique aux dossiers des enfants victimes de maltraitance. Notons que ladite Convention s'inscrit dans la politique de mise en œuvre de la Convention des Droits de l'Enfant et ses protocoles, et les recommandations de son comité (par 4 du préambule de la Convention entre le Ministère de la justice et l'ONDE).

Il est à souligner que le Centre d'Ecoute reçoit aussi des plaintes concernant des demandes d'orientation et de conseil sur les problèmes liés à : la pension alimentaire, le droit de garde, le droit de visite des enfants, la scolarisation, l'inscription à l'état civil, le placement d'enfants en situation difficile.....

Dans ce cas, le centre entreprend des démarches auprès des instances concernées par la protection sociale, administrative et juridique de l'enfant et la famille.

Partenariat avec le Ministère de la Santé:

Les hôpitaux régionaux du Royaume abriteront à l'instar de l'Hôpital de l'Enfant à Rabat, des unités d'accueil et de prise en charge des enfants maltraités.

En étroite coordination avec l'ONDE, ces unités sont appelées à :

- Accueil des enfants victimes de maltraitance ;
- Assurer le suivi médical ;
- Assurer la coordination avec les autres centres de santé de la région ;
- Aviser le procureur régional, si le cas l'exige, pour entamer la prise en charge judiciaire ;
- Transmettre à l'ONDE, d'une manière permanente, les cas enregistrés par ces centres.

Ce réseau servira non seulement à la prise en charge des enfants maltraités, mais aussi de source de base de données qui aiderait l'ONDE à renforcer sa stratégie de prévention et ce, selon les caractéristiques de chaque région.

IV. Modèle organisationnel de la prise en charge des enfants victimes de maltraitance au sein de l'association Ennakhil (centre d'écoute Hawwaâ) :

La prise en charge des enfants victimes de violences au sein de l'association Ennakhil se fait au niveau du centre d'écoute Hawwaâ. Ce centre a pour rôle essentiel, la défense des droits de l'enfant contre toute forme de violence.

Afin d'assurer le fonctionnement du centre d'écoute, celui-ci est doté de moyens techniques, matériels et de ressources humaines :

- Une base de données et applications informatiques pour le classement des informations et toutes les données relatives aux cas de maltraitance.
- Des supports d'information et de collecte de données [conception de supports sous forme de fiche, de formulaires facilitant le recueil et l'exploitation des données (Annexe 6)].

Le personnel du centre d'écoute est constituée de :

- Ecoutantes
- Juristes
- Assistantes sociales
- Administrateurs
- Equipe d'appui (Avocats, médecins et psychologues).

Cette équipe multidisciplinaire est chargée de l'accueil, et de l'orientation des enfants victimes de maltraitance et par la suite le traitement des dossiers nécessitant l'intervention juridique, médicale et psychosociale.

L'accueil est réalisé au sein du centre, dans un endroit calme adapté aux enfants avec une relative intimité, sans attente.

L'écoute se fait dans un climat de confiance, et d'alliance thérapeutique de qualité, en avançant pas à pas, et en insistant sur le fait que l'enfant peut trouver du soutien, et qu'une aide est possible et disponible. L'approche de l'enfant est réalisée de façon à limiter sa peur et sa gêne en soulignant le fait que la maltraitance existe et est répréhensible.

L'orientation se fait en trois volets :

- Médico-sociale
- Les consultations juridiques
- Le soutien psychologique

Sur le plan médico-social : des démarches de prise en charge sont entreprises en faveur de l'enfant maltraité et ceci en coordination avec les centres d'accueil au niveau des hôpitaux régionaux de Marrakech, à titre d'exemple : une unité d'accueil et d'orientation des enfants maltraités est basée à l'hôpital Ibn Tofail et Avenzoar.

Cette unité regroupe des professionnels spécialisés (pédiatres, pédopsychiatres, psychologue et assistante sociale). Cette équipe multidisciplinaire prend en charge les enfants victimes d'abus sexuel et d'agression physique : diagnostic précis, constats de sévices, soins nécessaires, hospitalisation, rédaction des rapports médicaux, orientations et signalement à la justice en fonction de l'état clinique de l'enfant, enquêtes sociales et suivi psychologique de l'enfant maltraité.

Concernant la prise en charge juridique : toute forme de violence est signalé systématiquement par le centre au procureur du Roi. Une assistance juridique est accordée par le centre à certains dossiers reflétant des problématiques d'ordre social, économique et juridique. Le personnel du centre peut être amené à accompagner l'enfant auprès des services de police ou de gendarmerie pour assurer la continuité de la prise en charge.

La prise en charge psychologique de l'enfant maltraité et de sa famille, consiste à: soigner l'enfant, maintenir ses relations familiales et prévenir les récives de maltraitance. Elle peut se faire au moment de l'écoute en présence d'un pédopsychiatre ou d'un psychologue, ou en consultation.

Il est à souligner que le centre d'écoute reçoit aussi des plaintes concernant des demandes d'orientation et de conseil sur les problèmes liés à : la pension alimentaire, le droit de garde, le droit de visite des enfants, la scolarisation, l'inscription à l'état civil, le placement d'enfants en situation difficile..

La prise en charge des enfants maltraités au sein du centre d'écoute se poursuit par un suivi régulier sur le plan médico-social, psychologique et juridique.

Le centre a aussi comme rôle la sensibilisation de l'opinion publique vis-à-vis de ce phénomène.

V. Protocole relatif à la prise en charge pluridisciplinaire en milieu hospitalier des mineurs victimes de maltraitance en France : (106)

Le dispositif de protection de l'enfance fait intervenir de nombreux acteurs, parmi lesquels figurent d'une part les services de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) sous l'autorité du Président du Conseil Général, l'Hôpital qui est reconnu comme un lieu privilégié d'accueil, de protection et de soins pour les enfants victimes de mauvais traitements et l'autorité judiciaire d'autre part.

« L'Unité Hospitalière de l'Enfance en Danger » (UHED) de l'Hôpital des Enfants

Elle s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire composée de médecins hospitaliers (pédiatres, pédopsychiatres...), de psychologues, d'assistantes sociales, d'éducateurs et de personnels soignants. Cette équipe est amenée à intervenir à l'hôpital des enfants, dans le cadre d'une hospitalisation, traditionnelle ou de jour, d'une consultation ou d'une réorientation. Elle peut également être sollicitée pour donner son avis sur dossier.

1- Les mineurs concernés :

Mineurs âgés de moins de 15 ans (sauf cas particuliers)

Enfants victimes de violences physiques,

Enfants victimes de viols et d'atteintes sexuelles,

Enfants victimes de carences éducatives graves ou de défaut de soins,

Enfants victimes de maltraitances psychologiques.

2- L'intervention de «l'UHED» :

L'équipe intervient à partir :

- d'un accueil aux urgences pédiatriques,
- d'une demande médicale lors de l'hospitalisation de l'enfant dans un service spécialisé (chirurgie, ophtalmologie, ORL...)
- d'une ordonnance de placement provisoire, prise par le procureur de la république ou le juge des enfants, confiant le mineur à l'hôpital des enfants.
- d'une demande extérieure à l'Hôpital pouvant être formulée par :
 - . un service de police ou de gendarmerie sur instruction de l'autorité judiciaire, effectuant une enquête portant sur des faits de violences physiques ou sexuelles, ou de défaut de soins, dont l'enfant a pu être victime,
 - . les services de protection maternelle et infantile (PMI) et d'aide sociale à l'enfance du conseil général,
 - . un service éducatif exerçant une mesure judiciaire d'assistance éducative,
 - . le service social en faveur des élèves,
 - . le service de santé scolaire,
 - . un médecin traitant.

Dans ce cas, l'accueil de l'enfant est programmé, mais peut être immédiat si une prise en charge urgente est nécessaire.

3- Le déroulement de la prise en charge :

3-1 En hospitalisation traditionnelle

Les enfants hospitalisés dans les unités d'hospitalisation médicale de l'hôpital des enfants où ils sont pris en charge par les membres de l'UHED. Ils peuvent également être hospitalisés dans une autre unité de cet hôpital si des soins spécifiques sont nécessaires.

Un bilan d'évaluation pluridisciplinaire est réalisé pour chaque enfant, sur le plan médical, psychologique, psychiatrique, social ou scolaire. L'évaluation s'effectue à partir d'examens cliniques, d'entretiens et de liaisons systématiques avec les intervenants extérieurs : ASE, PMI,

santé scolaire, service social de l'Inspection Académique, service exerçant une mesure d'assistance éducative.

A l'issue du bilan d'hospitalisation, une synthèse est organisée pour convenir des suites appropriées, préparation de la sortie, projet thérapeutique, signalement aux services du conseil général, signalement à l'autorité judiciaire (par télécopie au Parquet des mineurs en cas d'urgence). L'évaluation pluridisciplinaire ainsi réalisée, a vocation à éviter des expertises ultérieures compte des compétences professionnelles de chacun des membres de l'équipe. Le signalement à l'autorité judiciaire est accompagné d'un certificat médical détaillé, d'observations comportementales, psychologiques ou pédopsychiatriques, et d'éléments socio-éducatifs.

Une ordonnance de placement provisoire peut être prise par le procureur de la République ou le juge des enfants, confiant le mineur à l'hôpital des enfants ou à la direction de la solidarité départementale du conseil général, et fixant le cas échéant le régime des contacts de l'enfant avec ses parents.

Si une enquête pénale est ordonnée, l'UHED assure le lien avec le service enquêteur et les médecins experts désignés par l'autorité judiciaire, et prépare l'enfant aux auditions et expertises. Des avis spécialisés complémentaires peuvent éventuellement être nécessaires :

L'examen médico-légal, clinique ou gynécologique, de l'enfant hospitalisé est effectué en urgence à l'hôpital des enfants par le médecin requis de l'Unité médico-judiciaire.

L'examen psychiatrique ou psychologique de l'enfant peut, sur décision du magistrat saisi, être réalisé à l'hôpital des enfants par le médecin expert désigné.

L'audition de l'enfant hospitalisé pourra se faire sur l'hôpital des enfants. Cette audition pourra faire l'objet d'un enregistrement audiovisuel avec l'accord de l'enfant ou de son représentant légal et sauf opposition du magistrat, dans une salle aménagée à cet effet. L'enregistrement de l'audition pourra être visionné par l'expert psychiatre ou psychologue.

Le personnel socio-éducatif de l'hôpital peut être amené à accompagner l'enfant auprès des services de police ou de gendarmerie pour assurer la continuité de la prise en charge.

3-2 En hospitalisation de jour

Lorsque la première évaluation n'exige pas une hospitalisation traditionnelle, l'UHED peut proposer une hospitalisation de jour, où une évaluation pluridisciplinaire sera réalisée sur une

journée. Au terme de la journée, une synthèse est organisée pour convenir des suites appropriées.

3-3 En consultation

Il s'agit d'un accueil programmé après une demande extérieure. La consultation associe une approche sociale et psychologique à l'examen médical afin d'appréhender la situation de façon globale et mettre en oeuvre, le cas échéant, les mesures de soins et de protection adaptés (suivi hospitalier, orientation vers les services médicosociaux de secteur, signalement aux services du conseil général, signalement à l'autorité judiciaire).

3-4 Le suivi des enfants

L'UHED pourra proposer, si elle le juge nécessaire, aux enfants ayant bénéficié d'une prise en charge hospitalière de poursuivre des soins sur le plan pédiatrique, psychologique ou pédopsychiatrique.

3-5 Le suivi des dossiers

Conformément à ce protocole d'accord, l'UHED sera tenue informée de la décision ultérieure prise par les services adéquats, pour tous les dossiers ayant fait l'objet d'un signalement.

ASPECTS LEGISLATIFS DE LA MALTRAITANCE DES ENFANTS

Dans le passé, la maltraitance à enfants en tous genres a été implicitement acceptée dans nos sociétés. Les droits de l'enfant ont été ignorés pendant des siècles. Il a fallu attendre le milieu du XXe siècle pour qu'un système de protection de l'enfance soit mis en place : cadre législatif et moyens en personnels et en structures.

I. La Déclaration de Genève

C'est au sein de la société des Nations qu'a été rédigée puis adoptée, le 26 septembre 1924, la première Déclaration des Droits de l'Enfant, connue sous le nom de la Déclaration de Genève (**Annexe 1**). Le texte est très court : un petit préambule et cinq articles. Mais il constitue le socle de ce qui deviendra la Convention des droits de l'enfant.

II. La Déclaration des droits de l'enfant

Cette déclaration des droits de l'enfant a été adoptée le 20 novembre 1959, lors de l'assemblée générale des nations unies. Elle a comme référence la déclaration de Genève de 1924. Le texte est constitué d'un préambule et de dix principes. Cette déclaration invite les parents, les hommes et les femmes à titre individuel, ainsi que les organisations bénévoles, les autorités locales et les gouvernements nationaux à reconnaître les droits de l'enfant et à s'efforcer d'en assurer le respect au moyen de mesures législatives et autres adoptées progressivement en application de ces dix principes (**Annexe 2**).

III. La Convention internationale des droits de l'enfant

La convention internationale des droits de l'enfant voit le jour le 20 novembre 1989 à l'ONU. Elle a été ratifiée par le Maroc en juin 1993. Cette convention n'est pas toujours respectée par les états signataires, mais elle demeure un moyen de pression et de recours. Elle contient 54 articles (**Annexe 3**).

Pour la résumer, on peut dire que dix droits fondamentaux sont retenus dans cette convention internationale :

1-Le droit à la vie

2-Le droit à la santé

3-Le droit à l'éducation

4-Le droit à la famille

5-Le droit à la protection contre le racisme et contre toute forme de discrimination

6-Le droit à la protection de son corps contre l'utilisation sexuelle et les sévices

7-Le droit à la protection contre l'exploitation au travail avec le droit au repos et au jeu

8-Le droit à la protection contre la guerre et la privation des libertés

9-Le droit à l'identité religieuse et culturelle

10-Le droit à l'expression

IV. Aperçu de la situation législative des droits des enfants au Maroc : (107,108)

L'adhésion du Maroc aux conventions internationales et la volonté politique existant aux plus hauts niveaux de faire progresser le cadre juridique en vue d'améliorer les droits de l'enfant, ont amené le gouvernement à adopter aux cours des dernières années des réformes juridiques et législatives majeures.

Suite à la dissolution en Juin 2004 du ministère des droits de l'homme à l'occasion du remaniement ministériel, c'est le ministère de la justice qui a pris en charge l'harmonisation de la législation nationale avec les instruments internationaux. Quant au secrétariat d'état chargé de la famille, de l'enfance et des personnes handicapées, il s'est vu attribuer les dossiers relatifs à la protection de l'enfance notamment : l'élaboration du plan d'action national pour l'enfance (pour la décennie 2005 - 2015), le dossier relatif à la convention des droits de l'enfant ainsi que la coordination de l'action gouvernementale pour l'enfance.

Les grandes avancées juridiques réalisées par le Royaume courant 2003/2004, ont donné lieu à une parfaite harmonisation de la législation nationale avec les conventions Internationales, intégrant ainsi, les principes et les dispositions de la convention internationale des droits de l'enfant. Voir à cet effet :

1. Le nouveau Code de la famille : (Loi 03-70 promulguée par dahir, B.O du 5 Février 2004), améliore la protection de l'enfant, notamment à travers les nouvelles règles relatives à l'intervention obligatoire du ministère public dans toutes les affaires concernant le code de la

famille (Art. 3), l'élévation à dix huit ans de l'âge du mariage (Art. 19), la protection des droits de l'enfant (Article 54) et l'attribution de la garde (Art. 166 et suivants) .

2. **Le Code Pénal** : (loi n° 24-03 promulguée par dahir n° 1-03-207 du 11 novembre 2003, B.O du 5 janvier 2004) constitue un indiscutable progrès dans la protection de l'enfant contre les mauvais traitements, notamment en élevant l'âge jusqu'auquel l'enfant a droit à une protection spécifique, en accentuant la sévérité des sanctions pour les infractions commises sur les enfants et en créant de nouvelles incriminations (**Annexe 4**).

3. **Le Code de Procédure Pénale** : (Loi n° 22-01 promulguée par dahir n° 1-02-255 du 3 Octobre 2002, B.O. n° 5078 du 30 Janvier 2003, entré en vigueur le 1er Octobre 2003) fixe la majorité pénale à 18 ans, organise les tribunaux pour enfants, la procédure qu'ils doivent suivre et les mesures applicables aux mineurs et réinstaure des juridictions pour mineurs, la loi relative aux établissements pénitentiaires et son texte d'application posant des règles spécifiques au mineur.

4. **Le Code du Travail** : (promulgué par dahir n° 1-03-194 du 11 septembre 2003, B.O. n° 5167 du 8 décembre 2003, entré en vigueur le 8 juin 2004) met la législation nationale en adéquation avec la ratification de la convention 138 de l'Organisation internationale du Travail (OIT), relative à l'âge minimum du travail et à celle, en 2002, de la convention 182 relative à l'élimination des pires formes de travail (**Annexe 5**).

5. **La loi sur la Kafala des enfants abandonnés** : (Loi n° 15-01 promulguée par dahir n° 1-02-172 du 13 juin 2002, B.O. du 5 septembre 2002) permet, dans la mesure où ses textes d'application interviennent, d'améliorer le sort de plusieurs enfants abandonnés. Le texte d'application a été publié (Art 16) ;

6. **La loi sur l'Etat Civil** : (Loi n° 37-99 promulguée par dahir n° 1-02-239 du 3 octobre 2002, B.O. 7 novembre 2002) apporte de réels progrès, notamment :

- En rendant la déclaration de naissance obligatoire,
- En réglant le problème du Nom de « l'enfant naturel »,
- Ainsi que le code de la nationalité de 1958, rend la déclaration de naissance immédiatement obligatoire et pose des dispositions claires en ce qui concerne le nom de l'enfant naturel ;

7. Le droit à la nationalité : Un projet de loi est en cours de discussion au sein du Parlement relatif au droit de la mère de donner sa nationalité à ses enfants.

Des progrès majeurs ont donc été faits au niveau de la législation, cependant des lacunes subsistent, tant au niveau des réserves émises à l'égard de certains articles de la convention relative aux droits de l'enfant, qu'au niveau des nouveaux textes adoptés. De plus, au-delà des améliorations enregistrées, se pose la question de l'application des textes concernant les mauvais traitements, le travail des enfants, les naissances non déclarées, les enfants non scolarisés malgré l'obligation législative, etc.

V. Travail des enfants : Aspects législatifs au Maroc : (105,107-110)

Le travail des enfants est un phénomène complexe, par son étendue ainsi que par son ampleur et peut provoquer chez l'enfant un certain nombre de désordres dans son développement physique, psychique ou psychoaffectif. Il est le résultat de plusieurs facteurs économiques et sociaux, avec en tête : le besoin pressant de revenus supplémentaires de la part de certaines familles démunies – l'impossibilité d'assumer le coût des études – les parents ne croient pas toujours à l'école ; l'autonomie financière rapide, via un emploi, permettrait à l'enfant de se prendre en charge et de soutenir sa famille. Dans le but d'harmoniser la législation marocaine du travail avec les principes fondamentaux des conventions de l'OIT, le Maroc a adopté un certain nombre de lois et a apporté d'importantes innovations en matière de travail des enfants.

1 – Ampleur et complexité

1-1 Dans le monde : (109)

Le travail d'enfant, en particulier dans ses pires formes, diminue à travers la planète. L'Organisation internationale du Travail vient de l'annoncer dans un nouveau rapport prudent, mais optimiste, intitulé « La fin du travail des enfants : un objectif à notre portée », publié en 2006.

Ce nouveau rapport stipule que le nombre effectif d'enfants qui travaillent à travers le monde a chuté de 11 % entre 2000 et 2004, en passant de 246 millions à 218 millions. Le nombre d'enfants et de jeunes, âgés de 5 à 17 ans, astreints à des travaux dangereux a diminué de 26%, pour atteindre 126 millions en 2004 contre 171 millions lors de la précédente estimation. Cette baisse est encore plus accentuée parmi les enfants les plus jeunes : elle atteint 33 % dans la tranche d'âge 5-14 ans, selon le rapport. Il y a quatre ans, l'OIT a publié le rapport le plus complet jamais effectué sur le travail des enfants dans le monde.

En appliquant la même méthodologie statistique, l'OIT a relevé un déclin significatif du travail des enfants depuis lors. Ce rapport explique la diminution du travail des enfants par une prise de conscience collective ainsi qu'une volonté politique accrues, suivies d'actions concrètes, notamment en matière de lutte contre la pauvreté et d'éducation des masses, qui ont permis un « mouvement mondial contre le travail des enfants ».

1-2 Au Maroc : (107)

Au Maroc, le nombre de la main-d'œuvre enfantine représente 600 000 enfants âgés de 7 à 15 ans en 2004, soit 11 % de cette tranche d'âge. Ce taux était de 16% en 1998 et de 39,8% en 1994. Le nombre effectif d'enfants qui travaillent au Maroc a chuté de 28,8 % entre 1994 et 2004, en passant de 965.000 enfants à 600 000 enfants.

Ce taux est plus élevé chez les garçons (58%) que chez les filles (42%) et plus élevé en milieu rural (87%) qu'en milieu urbain (un enfant rural est 6 fois plus exposé au travail qu'un enfant urbain). Uniquement 12 % des enfants qui travaillent fréquentent au même temps l'école.

Les enfants travailleurs se répartissent selon les secteurs d'activité suivants (Tableau XVII) :

TABLEAU XVII: REPARTITION DES ENFANTS SELON LES SECTEURS D'ACTIVITE

Secteurs d'activité	Pourcentage
Agriculture	84 %
Textile	6 %
Commerce	3 %
Travail domestique	2 %
Réparation	1 %
Autres	4 %
Total	100%

2– Lois régissant le travail de l'enfant Au Maroc

Le système normatif en vigueur réglementant les aspects du travail des enfants (conditions du travail, la protection de la santé des enfants travailleurs, l'interdiction de leur emploi dans des travaux dits dangereux, le salaire, les congés etc.) date souvent de la période du protectorat et demeure en déphasage par rapport aux normes internationales, et aux conventions ratifiées par le pays. Un projet de code de travail a été élaboré. Le texte du nouveau projet de code de travail constitue une véritable réforme des lois jusque-là en vigueur, régissant le travail des enfants. Il représente une amélioration des conditions du travail des enfants, notamment en ce qui concerne le travail dangereux, en rapprochant la loi marocaine des normes internationales, dans ce domaine.

3 – Ratifications des conventions internationales

La stratégie du gouvernement s'inscrit dans le cadre des engagements internationaux pris par notre pays dans le cadre du respect total de tous les principes des droits de l'homme

universellement reconnus. Dans le domaine de la protection de l'enfance, le Maroc a ratifié les conventions suivantes :

- . Ratification de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant en juin 1993.
- . Adhésion aux deux protocoles additionnels à la convention relative aux droits de l'enfant : un relatif à l'engagement des enfants dans les conflits armés ; l'autre relatif à la vente d'enfants, la prostitution et la pornographie.
- . Ratification en janvier 2000 de la convention de l'OIT n°138 sur l'âge minimum d'admission à l'emploi.
- . Ratification en janvier 2001 de la convention de l'OIT n°182 sur les pires formes de travail des enfants.

4 – Harmonisation de la législation nationale

Dans le but d'harmoniser la législation marocaine du travail avec les principes fondamentaux des deux conventions de l'OIT, la C. 138 et la C. 182, le Maroc a adopté un certain nombre de lois :

- . Adoption et publication au Bulletin Officiel d'un nouveau code de la famille qui valorise le statut juridique de la femme et de l'enfant
- . Adoption et publication au Bulletin Officiel d'un nouveau Code de Travail en pleine harmonie avec les conventions internationales du travail
- . Adoption et publication de la loi 24-3 modifiant le code pénal qui a apporté d'importantes innovations en matière de statut des mineurs
- . Adoption et publication de la loi n° 04.00 du 25 mai 2000 complétant et modifiant le Dahir du 13 novembre 1963 relatif à l'obligation de l'enseignement fondamental. Ainsi l'enseignement fondamental est obligatoire pour tous les enfants de 6 à 15 ans révolus.
- . Préparation du projet du « code de l'enfance ».

5 – Principales innovations en matières législative et juridique du Code de Travail marocain

Le nouveau code de travail adopté en juillet 2003 (**Annexe 5**) a apporté d'importantes innovations en matière de travail des enfants. Parmi ces innovations il y a :

- . L'interdiction de l'emploi des enfants avant l'âge de 15 ans révolus ou leur emploi avant l'âge de 18 ans dans des travaux dangereux.

- . L'enfant au travail de moins de 18 ans est soumis à un examen médical tous les 6 mois ; et il est interdit d'employer à aucun travail de nuit des mineurs âgés de moins de 16 ans.

- . Les abattements sur le salaire minimum pour les enfants ont été supprimés. De ce fait, le mineur de moins de 18 ans bénéficie du même salaire minimum que l'adulte.

- . En matière de congé annuel payé, les mineurs de moins de 18 ans, après 6 mois de service continu, bénéficient de deux jours ouvrable de congé par mois de service.

- . La suspension du repos hebdomadaire n'est pas applicable aux mineurs de moins de 18 ans.

- . Le relèvement des amendes en cas de violation des dispositions régissant le travail des enfants.

Les contrevenants aux dispositions relatives à l'âge minimum d'admission à l'emploi sont punis d'une amende de 25.000 à 30.000 Dhs. En cas de récidive, l'amende est doublée et un emprisonnement de 6 jours à 3 mois prononcé ou l'une des 2 peines seulement.

- . Innovations du Code Pénal régissant le statut des mineurs. Les derniers amendements du code pénal ont apporté quelques innovations relatives au statut des mineurs : ces amendements améliorent grandement la protection des mineurs en conflits avec la loi en relevant l'âge de la majorité pénale à 18 ans.

- . Le nouveau code pénal a rendu obligatoire l'instruction des délits commis par les mineurs en autorisant l'engagement des poursuites judiciaires dans les affaires concernant les mineurs et en instaurant l'obligation de signaler les délits commis à l'encontre des enfants.

Par ailleurs, il a prévu parmi ses dispositions :

- l'emprisonnement d'un 1 à 5ans et d'une amende de 10.000 à 1.000.000 dh quiconque provoque, encourage ou facilite l'exploitation d'enfants de moins de 18 ans dans la pornographie ou dans des activités sexuelles explicites, réelles ou simulées ;

- l'emprisonnement de 2 à 10 ans et d'une amende de 5000 à 2.000.000 dh toute personne qui vend ou qui achète un enfant ;
- l'emprisonnement de 1 à 3 ans et d'une amende de 5.000 à 20.000 dh quiconque exploite un enfant de moins de 15 ans pour l'exercice d'un travail forcé ;
- l'emprisonnement de 1 à 3 ans quiconque volontairement fait des blessures ou porte des coups à un enfant âgé de moins de 15 ans.

En conclusion, la législation en matière de promotion et de protection des droits de l'enfant au Maroc, a connu des avancées notables. Mais sa mise en œuvre et son application effective restent parcellaires, souffrant d'un manque :

- De moyens humains
- D'outils de travail (méthodologie, approche, programmes)
- De mécanismes rigoureux de suivi et de contrôle
- De coordination et de clarification des rôles des divers intervenants.

PREVENTION

La prévention des mauvais traitements envers les enfants doit viser à réduire l'incidence des facteurs de risque d'une part et à favoriser le renforcement des facteurs de protection d'autre part. Dans leur immense majorité, les programmes mettent l'accent sur les victimes ou les auteurs de mauvais traitements infligés à des enfants ou de privation de soins. Très peu insistent sur des approches de prévention destinées à empêcher la maltraitance ou le défaut de soins dès le départ. Voici une description des interventions les plus courantes.

I. Les professionnels de la santé :

1 – Rôle :

Les professionnels de la santé ont un rôle clé à jouer dans le dépistage, le traitement et l'orientation des cas de maltraitance et de privation de soins ainsi que dans le signalement des cas suspects aux autorités compétentes (1).

2 – Les différents intervenants : (111–113)

2- 1 Le médecin de famille :

C'est le médecin traitant qui est assez bien placé car il connaît l'enfant et sa famille. Son rôle est de détecter les signes de mauvais traitements infligés à l'enfant et lui confier à un service de pédiatrie pour une éventuelle prise en charge.

2-2 Le médecin scolaire :

En participant à des programmes de prévention sur l'échelle scolaire dans le cadre d'un réseau médico-social, il joue un rôle dans le repérage et signalement des cas suspects de maltraitance.

2-3 Le médecin urgentiste :

C'est le premier médecin en contact avec l'enfant victime de sévices, son rôle est de poser le diagnostic de maltraitance, d'hospitaliser l'enfant et de le mettre en condition surtout si son pronostic vital est mis en jeu et de signaler le cas de violence aux différents intervenants.

2-4 Le médecin Hospitalier :

Le médecin hospitalier qui, depuis les urgences jusqu'à dans les services, participe à la protection de l'enfant maltraité, à évaluer sa situation et de mettre en route les différents thérapeutiques afin d'assurer une meilleure prise en charge.

2-5 Le médecin légiste :

Il intervient uniquement sur réquisition, lorsqu'un signalement est effectué. Au biais de son expertise reconnue auprès des tribunaux, il joue un rôle important dans la mise en évidence des mauvais traitements envers les enfants en collaboration avec l'assistance sociale et judiciaire.

2-6 Le pédiatre :

Les pédiatres ont un rôle important dans le diagnostic, la prise en charge et le suivi des enfants victimes de mauvais traitements. Ils sont les premiers à alerter la société civile via ce problème. D'après Brodin, le rôle du pédiatre se définit comme un pilote de santé, pouvant avoir un rôle d'activateur des réseaux de protection et de soins, permettant de garantir une cohérence des actions, tout particulièrement dans le domaine psychosocial.

2-7 Le gynécologue :

Une politique d'accompagnement de femmes enceintes en difficulté, a été mis au point par plusieurs pays, vu l'importance de la période anténatale dans le développement de l'enfant, de ce fait, ces futures mères sont pris en charge par des obstétriciens et gynécologues, en cas de risque pour leur bébé, ex : pour le fœtus victime de retard de croissance intra-utérin lié au tabagisme, de syndrome d'alcoolisme fœtal ou de mères victimes de sévices physiques par leur conjoint durant la grossesse et qui peuvent se concevoir comme des formes de maltraitance active, volontaire ou non envers le fœtus. Le gynécologue a aussi un rôle dans la détection des carences de soins dans les situations de suivi médical de la grossesse insuffisant ou absent. Le gynécologue est appelé aussi à examiner des filles victimes d'abus sexuel, de rédiger son certificat médical et signaler le cas de violence aux différents intervenants pour une éventuelle prise en charge.

2-8 Le pédopsychiatre :

Son rôle est de diagnostiquer les carences et les sévices surtout psychologiques et d'assumer la thérapeutique correspondante pour l'enfant.

2-9 Les praticiens libéraux :

Leur participation à la prévention des enfants maltraités est capitale, vu l'importance du secteur privé dans le domaine de soins. D'où la nécessité de mettre en route des programmes de sensibilisation et de formation des pédiatres et généralistes libéraux sur les différents aspects de maltraitance et de défaut de soins, surtout sur le plan juridique et administratif.

2-10 L'infirmier (e) :

Devant un enfant victime de sévices, le rôle de l'infirmier est capital dans la détection d'un trouble de comportement ou un problème d'interactions parents-enfants susceptibles d'évoquer une maltraitance, vu qu'il passe plus de temps avec les enfants. Il a aussi un rôle important dans l'accueil, les soins et le soutien psychologique des enfants victimes de maltraitements.

2-11 L'assistance sociale :

Elle joue un rôle dans toutes les étapes de la prise en charge de l'enfant maltraité ; depuis son admission jusqu'à son insertion scolaire et sociale.

3- La formation initiale et continue du personnel de santé :

Des études réalisées dans divers pays montrent qu'il est nécessaire que les professionnels de la santé suivent une formation continue en matière de détection et de signalement des premiers signes et symptômes de maltraitance et de défaut de soins (114).

Pour cela, il faut mettre au point des programmes de formation afin d'améliorer la détection et le signalement des mauvais traitements et du défaut de soins ; pratiquement inexistantes durant les études médicales et paramédicales ; et de faire en sorte que les professionnels de la santé soient plus au courant des services communautaires existants.

II. Les interventions communautaires :

1- Le mouvement associatif :

Le mouvement associatif marocain, en expansion depuis les années 1980, joue un rôle important dans le domaine de protection des droits des enfants surtout ceux victimes de maltraitements. Plusieurs exemples d'associations ont illustré l'intervention préventive du mouvement associatif marocain. Citons en titre d'exemple l'expérience de l'association BAYTI. Cette ONG joue un rôle important dans la protection de l'enfant par son action de formation d'autres ONG (Meknès, Fès, Essaouira, Mohammedia, Safi..) et de sensibilisation de la société vis-à-vis la maltraitance de l'enfant.

L'association INSAF entreprend aussi une action de sensibilisation auprès de tous les citoyens, mais surtout les employeurs d'enfants, et mène des campagnes pour l'application de l'obligation de la scolarisation.

2- Les établissements scolaires :

Dans plusieurs pays, les programmes scolaires destinés à prévenir les violences à l'encontre des enfants figurent parmi les stratégies préventives les plus largement appliquées et font partie des programmes scolaires courants.

Ces programmes visent généralement à apprendre aux enfants à reconnaître des situations dangereuses et à leur enseigner des techniques pour se protéger contre la violence (1).

La formation et la sensibilisation des enseignants sur différentes situations, notamment l'échec scolaire, l'absentéisme, les troubles de comportement et de socialisation de certains enfants, demeurent aussi une mesure préventive fondamentale, car ces signes sont souvent l'expression d'une situation de mauvais traitements.

3- Les médias :

Par l'intermédiaire des médias et des campagnes de prévention et de sensibilisation générales, le grand public sera sensibilisé davantage à ce phénomène et en le lui faisant mieux comprendre, on parviendra à le faire reculer. Cela peut se produire directement ; les agresseurs

reconnaissant qu'ils se comportent de manière abusive et cherchant à se faire soigner ; ou indirectement, les violences étant davantage repérées et dénoncées par les victimes ou par des tiers.

Ces campagnes peuvent contenir des documentaires, des courts métrages et des annonces télévisées, des émissions de radio et des imprimés tels que des affiches, des autocollants, des brochures et des articles de presse (115).

4- Interventions visant à changer les attitudes et les comportements communautaires :

Une autre approche pour prévenir la maltraitance consiste à mettre sur pied des interventions coordonnées visant à changer les attitudes et les comportements communautaires et ce, dans divers secteurs. Citant l'exemple du Zimbabwe, où le Centre de formation et d'aide à la recherche a mis en place un programme participatif multisectoriel destiné à lutter contre la violence sexuelle envers les enfants (116). Le Centre a réuni un groupe de personnes diverses comprenant quelques professionnels des zones urbaines et rurales du pays. Des jeux de rôle, des pièces de théâtre, des tableaux et des séances de discussion ont été utilisés pour amener à exprimer les expériences et les perceptions de la violence sexuelle à l'encontre des enfants afin de réfléchir à ce que l'on pourrait faire pour détecter le problème et le prévenir.

III. Les approches sociales :

Politiques et programmes nationaux :

La plupart des mesures de prévention de la maltraitance mettent l'accent sur les victimes et les agresseurs sans nécessairement s'attaquer aux origines du problème. D'aucuns pensent, cependant, qu'en faisant reculer la pauvreté, en relevant le niveau d'instruction, en accroissant les possibilités d'emploi et en offrant plus de services à l'enfance de meilleure qualité, on peut faire baisser considérablement les taux de maltraitance.

La recherche menée dans plusieurs pays d'Europe occidentale, ainsi qu'au Canada, en Colombie et dans certaines régions d'Asie et du Pacifique, montre qu'en proposant des programmes de

grande qualité visant les jeunes enfants, on peut compenser des inégalités économiques et sociales et améliorer les résultats pour les enfants (19,38).

D'après certains chercheurs, les politiques qui limitent la taille des familles, comme la politique de « l'enfant unique » en Chine, ont pour effet indirect de faire baisser les taux de maltraitance (117).

IV. Les interventions institutionnelles :

Trois Ministères essentiellement ont des attributions dans le domaine de la protection de l'enfance (105) :

1- Le Ministère de développement social, de la famille et de la solidarité :

Il est chargé d'entreprendre et de coordonner toutes les actions et mesures de nature à assurer la prévention, la protection et la promotion de la famille, de la femme et de l'enfant.

2- Le secrétariat d'état de la jeunesse :

Il a pour rôle :

- L'élaboration des programmes socio-éducatifs susceptibles d'assurer l'organisation, l'encadrement et la protection de la jeunesse et de l'enfance,
- L'amélioration et la généralisation de l'action associative de la jeunesse et de l'enfance afin de garantir la protection de la jeunesse et son intégration dans la société.

3- Le Ministère de la justice :

Ce Ministère est chargé de suivre les affaires de la délinquance juvénile ainsi que la prise en charge des mineurs placés dans les établissements pénitentiaire.

4- Autres départements Ministériels appelés à intervenir dans le domaine de la protection de l'enfance :

- Le Ministère de l'Intérieur (police et gendarmerie), qui a remplacé la brigade des mineurs par la création des officiers de police chargés de la protection des mineurs.
- Le Ministère de la Santé, dans la prise en charge d'enfants victimes de violence et sur le volet médico-légal (expertise, signalement).
- Le Ministère de l'Education, dans la scolarisation des enfants et de l'éducation non formelle.
- Le Ministère de l'Emploi et de la formation professionnelle, dans la lutte contre le travail des enfants (inspection du travail).

V. Aide à la famille :

1- Formation au rôle de parent :

Un certain nombre d'interventions destinées aux familles à haut risque ou des familles où il y a déjà eu de mauvais traitements, peuvent être mises au point.

Ces types de programmes visent généralement à éduquer les parents au sujet du développement de l'enfant et à les aider à mieux savoir gérer le comportement de leurs enfants (1).

A Singapour, par exemple, l'éducation et la formation au rôle de parent commencent à l'école secondaire, avec des cours de « préparation au rôle de parent ». Les élèves se familiarisent avec les soins à donner aux enfants et avec le développement de l'enfant (116).

2- Les programmes de visite à domicile :

Les programmes de visite à domicile sont considérés comme étant un des plus prometteurs en ce qui concerne la prévention d'un certain nombre de conséquences négatives, y compris la violence chez les jeunes et les mauvais traitements infligés aux enfants (118). Pendant les visites à domicile, des renseignements, un soutien et d'autres services sont offerts à la famille afin de l'aider à mieux fonctionner.

Le programme offert par le Parent Centre du Cap, en Afrique du Sud, est un exemple de ce type de programmes (119). Des visiteurs à domicile sont recrutés dans la communauté, formés par le centre et supervisés par des travailleurs sociaux professionnels. Ils se rendent une fois par mois

dans les familles avant la naissance de l'enfant, toutes les semaines pendant les deux mois qui suivent la naissance, puis une fois tous les quinze jours jusqu'à l'âge de deux mois et une fois par mois jusqu'à ce que le bébé ait six mois. Ensuite, les visites continuent ou s'arrêtent, selon l'évaluation du superviseur. Il arrive que l'on oriente les familles vers d'autres organismes afin qu'elles bénéficient d'autres services, si nécessaire.

3– Services intensifs pour la préservation de la famille :

Ce type de services vise à maintenir la famille ensemble et à empêcher que les enfants soient placés en foyer d'accueil.

Homebuilders, programme intensif d'éducation et d'intervention familiale à domicile en période de crise, est un exemple de ce type de programme offert aux Etats-Unis (18). Les familles dont un ou plusieurs enfants risquent d'être placés de façon imminente dans des foyers d'accueil, sont dirigées vers ce programme par des assistantes sociales.

Pendant quatre mois, les familles bénéficient de services intensifs de la part de thérapeutes qui sont de garde 24 heures sur 24. Entre autres services offerts, et ils sont nombreux, on aide les familles à se nourrir et à se loger et on leur permet d'acquérir de nouvelles techniques.

VI. Recours judiciaires :

1– Dénonciation obligatoire et signalement volontaire :

Assez peu de pays se sont dotés de lois faisant obligation de signaler les cas de mauvais traitements à enfant et de défaut de soins. Il ressort d'une enquête mondiale récente que, sur les 58 pays participants, 33 ont de telles lois en vigueur et 20 ont des lois prévoyant le signalement volontaire de ces cas (1).

L'adoption de lois rendant obligatoire le signalement de cas se justifiait par l'idée qu'une détection rapide de la maltraitance aiderait à prévenir des blessures graves, à accroître la sécurité des victimes en leur épargnant d'avoir à dénoncer les sévices, et à favoriser une coordination entre les interventions des services médicaux et juridiques, entre autres.

Les sévices constatés sont signalés :

- Soit aux autorités administratives (assistance sociale, association d'aide sociale à l'enfance...) dans les situations dite « à risque ».
- Soit aux autorités judiciaires lorsque l'enfant est en situation de danger immédiat (procureur du roi, le juge des enfants, la police et la gendarmerie).

2- Politiques en matière d'arrestation et de poursuites :

Les politiques en matière d'arrestation et de poursuites des auteurs de violence, vont appuyer le rôle de l'appareil judiciaire en ce qui concerne la prévention des maltraitements chez l'enfant. La décision d'engager des poursuites contre les auteurs présumés de violence a pour effet indirect de faire baisser les taux de maltraitance.

3- Traitement obligatoire des agresseurs :

Beaucoup de pays recommandent l'approche qui consiste à ordonner, par la voie des tribunaux, aux auteurs de maltraitance de suivre des traitements.

L'idée d'imposer un traitement découle de la conviction qu'en l'absence de répercussions judiciaires, certains agresseurs refuseront de se faire soigner (1).

Cette approche a rencontré du succès dans les pays qui l'ont adopté, mais la participation volontaire des agresseurs reste essentielle à la réussite des traitements.

VII. Recommandations et réflexions :

Tous les intervenants, qui s'intéressent à la prévention de la maltraitance des enfants et à la privation de soins doivent se pencher sur plusieurs domaines d'intervention importants.

De meilleures évaluations et un meilleur suivi :

Les pouvoirs publics devraient suivre les cas de maltraitance et leurs conséquences néfastes. Pour cela, il faut réunir des rapports sur ces cas, procéder à des enquêtes périodiques ou utiliser d'autres méthodes appropriées, et se faire aider par les établissements d'enseignement, le système de santé et les organisations non gouvernementales.

De meilleurs systèmes d'intervention :

Il est essentiel que des systèmes soient en place et opérationnels pour réagir en cas de maltraitance.

- Création de cellules d'accueil spécialisées.
- Création de services d'accueil téléphoniques.
- Création d'un comité interdisciplinaire chargé de la formation de tous les intervenants concernés.

Elaboration des politiques :

- Préparer des interventions faisant appel à diverses disciplines ;
- Proposer d'autres solutions en matière de placement pour les enfants ;
- Assurer l'accès aux ressources en matière de santé ;
- Offrir des ressources aux familles.
- Améliorer l'attitude de la justice face aux victimes de maltraitance, par la création et l'amélioration des tribunaux pour enfants.

Une meilleure collecte de données :

Dans la plupart des régions du monde, le manque de données sur l'ampleur et les conséquences de la maltraitance freine l'élaboration d'interventions appropriées.

D'où la nécessité d'une étude systématique de la maltraitance dans chaque pays et l'utilisation de méthodes d'évaluation déjà éprouvées ailleurs, afin que des comparaisons interculturelles puissent être faites.

Plus de recherche :

Il est tout à fait nécessaire de se pencher davantage sur le domaine de la recherche, en ce qui concerne les facteurs de risque des maltraitements, afin de mieux comprendre ce phénomène et de trouver autres approches pour le prévenir.

Une évaluation systématique :

Assez peu d'études ont été consacrées à l'efficacité des interventions destinées à prévenir les mauvais traitements à enfant et la privation de soins.

D'où la nécessité d'une évaluation rigoureuse de toutes les interventions préventives adoptées, et aussi les autres interventions misent en épreuve dans d'autres pays afin de déterminer leur éventuelle contribution à la prévention des mauvais traitements.

LES PERSPECTIVES DE L'AVENIR

« Nous sommes les enfants du monde.

Nous sommes les victimes des mauvais traitements et de l'exploitation.

Nous sommes les enfants de la rue.

Nous sommes les enfants de la guerre.

Nous sommes les victimes et les orphelins du VIH/SIDA.

Nous sommes privés d'une éducation de qualité et de soins de santé.

Nous sommes victimes de la discrimination politique, économique, culturelle et environnementale.

Nous sommes les enfants dont les voix sont ignorées : il est temps qu'on nous écoute.

Nous voulons un monde digne des enfants, car un monde digne de nous est un monde digne de tous »

Cela était le message du forum des enfants, transmis le 8 mai 2002 par les enfants du monde, à la séance plénière de l'ouverture de la session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants. C'était la première fois dans l'histoire que les enfants se sont adressés directement à une session formelle des Nations Unies de la part des enfants (120).

A l'issue de cette session extraordinaire, tous les pays ont unanimement adopté une déclaration et un plan d'action "Monde digne des Enfants ", dont l'objectif d'ici 2015 est d'améliorer la situation des enfants dans le monde. Cette déclaration et ce plan d'action définissent un programme de développement complet comprenant quatre axes stratégiques prioritaires :

- Promotion d'une vie plus saine,
- Offre d'une éducation de qualité,
- Protection contre la maltraitance, l'exploitation et la violence,
- Lutte contre le VIH/SIDA.

Le Maroc, qui a contribué d'une manière forte et dynamique à la préparation des travaux de la session extraordinaire des Nations Unies consacrée aux enfants, a pris l'engagement de contribuer à l'édification d'un " Monde Digne des Enfants " par la mise en place d'un Plan d'Action National. Il propose 10 objectifs collectifs pour améliorer le bien-être des enfants pour un : " Maroc digne de ses enfants ".

I. Les acquis nationaux en matière des droits de l'enfant : (121 ,122)

1– Droit à l'identité et à la nationalité :

Les acquis en matière d'état civil qui sauvegardent les droits à l'identité et à la nationalité sont nombreux. Il y a lieu de citer en particulier :

- L'obligation de la déclaration des naissances ;
- L'octroi des prénoms du père et de la mère pour les enfants illégitimes et naturels ;
- Le choix d'un nom de famille ;
- L'octroi du livret familial à l'épouse, la femme divorcée ou le mandataire légal;
- L'adoption d'une loi sur la Kafala des enfants abandonnés, qui protège l'enfant, lui attribut un nom et offre la possibilité aux parents marocains qui recourent à la " Kafala " de donner leur nom de famille aux enfants ayant bénéficié de la " Kafala ".
- Droit à la nationalité marocaine pour l'enfant issu d'une mère marocaine et d'un père de nationalité étrangère.

2– Droit à une vie saine :

Les programmes de santé en général et ceux destinés à l'enfant en particulier, les programmes de vaccination et de lutte contre les maladies diarrhéiques, la lutte contre les infections respiratoires aiguës et la lutte contre la malnutrition ont contribué à la réduction de la mortalité infanto – juvénile en diminuant de deux tiers la mortalité infanto – juvénile durant la période 1979–2003. Cependant, le taux de mortalité infanto – juvénile reste encore élevé (47 pour mille par comparaison avec des pays à développement similaire).

3- Droit au développement :

Depuis que l'enseignement est considéré comme la seconde priorité nationale après celle de son intégrité territoriale, le Maroc a accompli des avancées considérables sur la voie de la réforme de son système d'éducation et de formation, de la rénovation de son école publique et de l'amélioration de ses services.

Au cours de cette dernière décennie, le Maroc s'est impliqué dans l'élaboration de Stratégies Educatives visant l'amélioration de la qualité de l'enseignement et l'élargissement de la base de l'enseignement fondamental, notamment en faveur des filles rurales. A cet effet, l'effectif des élèves scolarisés dans l'enseignement primaire a atteint près de 3.9 Millions d'élèves durant l'exercice 2002 - 2003.

4- Droit à la protection :

L'enfant et la nécessité de le protéger ont été, depuis la ratification du Maroc de la CDE en 1993, placés au centre des préoccupations des pouvoirs publics. C'est en suivant les réalisations dans ce domaine que l'on retrouvera les lignes de force de l'action gouvernementale dans ce domaine durant ces dernières années.

4-1 Des acquis spécifiques aux victimes de violence et d'exploitation sexuelle :

Le Maroc a consenti de nombreux efforts dans l'actualisation de son dispositif juridique pour mieux protéger cette catégorie d'enfants, et ce conformément aux dispositions de la CDE et de la convention de l'OIT N°182 sur les pires formes de travail des enfants ainsi que le protocole facultatif concernant la vente d'enfants, la prostitution d'enfants et la pornographie mettant en scène des enfants.

4-2 Des acquis spécifiques aux enfants face à la loi :

Les acquis relatifs à cette catégorie d'enfants couvrent les axes suivants :

- La mise à niveau du dispositif législatif et juridique par la ratification des dispositions de la CDE.

- Grâce aux efforts de l'ONDE et de la Fondation Mohammed VI de nombreuses activités de sensibilisation pour promouvoir le respect des droits de l'enfant face à la loi ont pu être réalisées avec succès.

4-3 Les acquis spécifiques à la lutte contre le travail des enfants (voir chapitre aspects législatifs de la maltraitance des enfants)

4-4 Des acquis spécifiques aux enfants migrants non accompagnés :

Le Maroc a adopté ces dernières années les mesures suivantes :

- La convention du 28 décembre 1990 sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leurs familles ratifiée par le Maroc en juillet 1993 ;
- Convention de la Haye relative à la compétence, la loi applicable et la coopération en matière de responsabilité parentale et de mesures de protection des enfants, 1996;
- La loi N° 02 03 relative à l'émigration et à l'immigration irrégulière promulguée le 11 novembre 2003.

5- Droits aux loisirs :

Depuis 2003, un programme " Vacances pour tous " a été initié par le Département chargé de la Jeunesse en partenariat avec les ONGs, permettant d'augmenter annuellement l'effectif de 50.000 enfants bénéficiaires des colonies de vacances (en 2005 le nombre de bénéficiaires a atteint 200 000).

6 - Droit à la participation :

Crée en 1999, sous la Présidence de Son Altesse La Princesse Lalla Meryem, le parlement de l'enfant a permis aux enfants d'exprimer leurs soucis, d'intervenir dans les actions qui les concernent, d'interpeller le Gouvernement et de mener une action de plaidoyer auprès des différentes institutions et autorités concernées par l'enfance.

L'expérience, menée depuis 2001 relative à la création de Conseils Communaux de l'Enfant, permet aux enfants de s'imprégner des principes de la démocratie locale, de se familiariser avec la gestion des affaires locales et de sensibiliser les élus locaux aux problèmes ainsi qu'aux attentes des enfants.

II. Les objectifs à atteindre :

1 – Sur le plan national (121):

L'élaboration du Plan d'Action National pour l'Enfant (PANE) intervient dans un contexte général caractérisé par une réelle prise de conscience collective, aux niveaux national et local, gouvernemental et non gouvernemental, public et privé, de l'importance de la valorisation des ressources humaines comme facteur et condition nécessaires, pour la compétitivité et le développement de notre pays.

Dans ce contexte extrêmement dynamique, la manifestation la plus remarquable des progrès qu'accomplit le Maroc est bien "**l'Initiative Nationale de Développement Humain**" (INDH), lancée par **Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu l'Assiste**, dans son discours du 18 mai 2005, qui vise la lutte contre la pauvreté, l'exclusion social et le développement des ressources humaines.

Le PANE est une contribution significative à la matérialisation de l'INDH : il définit les objectifs en matière de droits de l'enfance préfigurant une nouvelle politique sociale en matière d'enfance ; il est un chantier majeur dans le cadre du renforcement de la promotion des droits humains en tant qu'objectif national incontournable dans l'approfondissement de l'État de droit et du processus de démocratisation en cours.

Le PANE vise d'atteindre d'ici 2015, 10 objectifs collectifs majeurs pour promouvoir les droits des enfants du Maroc. Les objectifs majeurs du PANE 2006–2015 sont rapportés dans le tableau XVIII.

TABLEAU XVIII : Les 10 objectifs du PANE 2006–2015 pour « un Maroc digne de ses enfants »:

Objectifs	Résultat escompte	Echéance
Objectif 1 : Faire progresser le droit à une vie saine	. Amélioration de la prise en charge du couple mère – nouveau né	2015
	. Amélioration de la prise en charge de la petite enfance	2015
	. Amélioration de la prise en charge des enfants en situation difficile	2015
	. Amélioration de la prise en charge relative à l'infection IST et au SIDA, de la grande enfance et de l'adolescence	2015
	. Amélioration de la prise en charge de la santé des enfants en situation difficile	2010
	. Les comportements positifs en matière de santé seront promus par des actions d'Information, Education et Communication (IEC) ;	2010
	. La prise en compte de la composante nutritionnelle par le système éducatif	2007
Objectif 2 : Faire progresser le droit de l'enfant au développement	. Mise en œuvre de la qualité de l'éducation d'une manière intégrée	2015
	. Scolarisation de tous les garçons et toutes les filles de 4 à 5 ans (en donnant la priorité au rural et au périurbain)	2015
	. Acheter la scolarisation générale au primaire (6 à 11 ans).	2010
	. Généraliser la scolarisation des jeunes âgés de 12 ans à 14 ans en vue de permettre à 80 % de passer au cycle suivant	2010
	. Permettre à 60 % des élèves de s'inscrire en première année du primaire et de parvenir en fin de l'enseignement secondaire et à 40% d'entre eux d'obtenir le baccalauréat	2011
	. Assurer aux enfants (de 8 à 16 ans) non scolarisés ou déscolarisés, la chance d'insertion ou réinsertion scolaire.	2010
	. Restructuration de l'enseignement originel	2015
	. Adaptation du contenu et de l'approche pédagogique pour le soutien aux enfants à besoins spécifiques.	2009

Objectif 3 : Faire progresser le droit de l'enfant à la protection	. Mise en œuvre des mécanismes de protection de l'enfant contre la violence à l'école	2010
	. Mise en place des Unités de protection de l'enfance	2008
	. Scolariser et retirer les enfants de moins de 15 ans de toute forme de travail.	2015
	. Amélioration des conditions de travail des enfants de 15 à 18 ans. . Prise en charge des enfants abandonnés. . Réinsertion des enfants en situation de rue . Amélioration des conditions de prise en charge des enfants en institution. . Amélioration des conditions de prise en charge des enfants face à la loi. . Amélioration des conditions de prise en charge des enfants mal traités, abusés et/ou violentés. . Meilleure prise en charge des enfants en situation de handicap. . Meilleure réintégration des enfants migrants non accompagnés. . Meilleure protection des enfants immigrants au Maroc. . Réintégration des enfants des marocains détenus à Tindouf à la mère patrie. . Diminuer les risques pour les enfants victimes de la violence routière.	2015
Objectif 4 : Renforcer les droits de l'enfant par la généralisation de l'inscription à l'état civil et à la participation	. Mise à niveau de l'institution de l'état civil.	2008
	. Orientation de l'enseignement sur les besoins de l'enfant et avec sa participation.	2015
Objectif 5 : Développer une meilleure équité	. L'égalité et l'équité dans l'accès aux soins développées.	2015
	. Définition des priorités en matière de couverture sanitaire.	2007
	. Mieux desservir les zones enclavées	2015
	. Eliminer les disparités entre les sexes, à tous les niveaux de l'enseignement d'ici 2015. . Assurer l'équité à l'école pour tous les enfants.	2015

Objectif 6 : Renforcer les capacités des détenteurs d'obligation à l'égard des enfants	. Achever la réforme hospitalière. . Rendre la région sanitaire opérationnelle. . Meilleure gestion et mise à niveau du plateau technique consacré à la santé de la mère et de l'enfant. . Meilleure organisation des services de santé pour la mère et l'enfant. . Amélioration de la capacité de gestion et de gouvernance du système éducatif. . Amélioration des conditions matérielles de l'enseignement.	2015 2015 2008 2015 2015 2015
Objectif 7 : Accroître et optimiser les ressources budgétaires et humaines allouées à la réalisation des droits de l'enfant	. Mise en œuvre de l'AMO et RAMEL. . Optimisation de la gestion des ressources financières et humaines dédiées à la santé de la mère et de l'enfant. . développement des ressources humaines dédiées à la protection de l'enfant. . Promouvoir les valeurs liées à la culture des droits de l'enfant parmi tous les intervenants.	2015 2015 2010 2008
Objectif 8 : Créer les mécanismes de partenariat et de responsabilisation	. Renforcer le rôle des professionnels de santé du secteur libéral en matière de santé de la mère et de l'enfant. . Impliquer les acteurs concernés par la santé de la mère et de l'enfant. . Mise en place des mécanismes de partenariat et de collaboration en intra et extra-curriculaire et en éducation non formelle. . Clarifier et ajuster les attributions des différents intervenants dans la protection de l'enfant.	2015 2015 2008 2007
Objectif 9 : Développer un système d'information et un dispositif de suivi de l'exercice des droits de l'enfant	. Instaurer le dispositif de suivi et de contrôle de la situation de la protection des enfants. . Renforcer le droit de l'enfant à la participation. . Mise en œuvre d'un système d'information adéquat.	2009 2009 2008
Objectif 10 : Assurer les conditions de mise en œuvre du PANE dans une approche inter et multisectorielle	. Mise en œuvre des mécanismes de coordination. . L'implication des autres secteurs pour la mise en place des conditions d'accompagnement. . Mise en œuvre d'un plan de communication et de sensibilisation.	2006 2015 2006

2– Sur le plan international (110):

Pour engager le XXI^e siècle sous de bons auspices, les États Membres des Nations Unies sont convenus de huit objectifs essentiels à atteindre d'ici à 2015.

Ces **objectifs du Millénaire pour le développement (ODM)**, qui vont de la réduction de moitié de l'extrême pauvreté à l'éducation primaire pour tous, en passant par l'arrêt de la propagation du VIH/sida, et ce à l'horizon 2015, constituent un schéma directeur pour l'avènement d'un monde meilleur. Ces objectifs sont :

- Réduire l'extrême pauvreté et la faim.
- Assurer l'éducation primaire pour tous.
- Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.
- Réduire la mortalité infantile.
- Améliorer la santé maternelle.
- Combattre le VIH / SIDA, le paludisme et d'autres maladies.
- Assurer un environnement durable.
- Mettre en place un partenariat mondial pour le développement.

La majorité de ces objectifs doivent être atteints d'ici 2015 dont sept ont directement trait aux droits et au bien-être des enfants. Ces objectifs sont possibles à atteindre et ne sont pas trop chers pour la communauté mondiale. Il faut juste que chaque pays crée un environnement favorable qui permettra de promouvoir et de protéger les droits et le bien-être de chaque enfant afin de garantir son bon développement physique, mental, spirituel, social, émotionnel et culturel.

CONCLUSION

La maltraitance à enfants est fréquente mais sous estimée. Elle représente un phénomène complexe, divers et avec une évolutivité importante, et constitue le résultat de l'interaction d'un ensemble de facteurs d'ordre individuel, environnemental et social. Ce phénomène impose une lecture à plusieurs niveaux : médicale et/ou chirurgicale, psychopathologique (individuelle, familiale, inter et transgénérationnelle) mais aussi sociale et juridique.

Les mauvais traitements sévères envers les enfants peuvent avoir des effets négatifs à court, à moyen et à long terme sur le développement de l'enfant et s'associer dans certains cas à des séquelles physiques très graves mettant en jeu le pronostic fonctionnel et vital.

Le diagnostic des sévices est souvent difficile, vu le jeune âge de l'enfant maltraité, ainsi que le polymorphisme clinique des lésions. Il repose sur un ensemble d'arguments cliniques et sur l'appréciation de la situation médico-psycho-sociale.

L'hospitalisation et l'isolement de l'enfant victime de sévices, de son milieu familial à risque, est indispensable dans certains cas et constitue sans doute la seule mesure de sécurité valable. Un placement judiciaire est parfois nécessaire.

L'approche clinique et thérapeutique des sévices à enfant requièrent une démarche pluridisciplinaire ne relevant pas de l'intervention de quelques spécialistes mais devrait être intégrée dans le mode de pensée de chaque médecin, en terme de sensibilisation à ce problème et de prise de conscience de ce phénomène. La cohérence de cette démarche pluridisciplinaire est toujours mise à l'épreuve dans notre contexte et dépend de la capacité des institutions médicales, sociales et judiciaires à travailler ensemble.

La prévention des sévices reste la solution idéale. Elle nécessite une information large, une participation communautaire, une politique engagée et un suivi épidémiologique.

Les mesures et les politiques de prévention doivent viser directement les enfants, les personnes qui s'occupent d'eux et le milieu dans lequel ils vivent, afin de prévenir de mauvais traitements éventuels et de traiter efficacement les cas de maltraitance qui surviennent. Les efforts concertés et coordonnés de divers secteurs sont nécessaires en l'occurrence, et les chercheurs et praticiens de la santé publique peuvent jouer un rôle clé en montrant l'exemple en la matière et en facilitant le processus.

L'étroite collaboration entre l'association Ennakhil et les formations sanitaires (CHU Mohammed VI) est un modèle réussi de la coordination intersectorielle pour l'amélioration de la prise en charge des enfants victimes de maltraitance.

RESUMES:

RESUME :

Introduction :

Les enfants maltraités sont victimes de violences physiques, de sévices psychologiques, de négligences lourdes ou d'abus sexuels pouvant avoir des conséquences graves sur leur développement physique et psychologique.

Le but de ce travail est d'étudier les caractéristiques épidémiocliniques de la maltraitance chez l'enfant à Marrakech.

Patients et méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective étalée sur 84 mois, durant 7 ans entre Janvier 1999 et Décembre 2005, concernant 380 cas d'enfants de moins de 18 ans victimes de maltraitances, admis à l'association Ennakhil pour l'enfant et la femme.

Résultats :

65 % des enfants admis au centre d'écoute sont maltraités et 35 % sont considérés à risque. L'âge moyen des enfants maltraités est de 11 ans, dont les 2 /3 sont des filles. La majorité de ces enfants sont d'origine urbaine (86 %) et vivent avec leurs parents dans un petit foyer, au sein d'une famille contenant plus de 5 enfants. Le couple parental et la famille élargie sont le plus souvent en cause de la maltraitance. Dans 40% des cas, la maltraitance se passe dans la maison, suivi par la rue dans 20% des cas. La maltraitance récidivante est plus fréquente (68%) que la maltraitance unique (32 %). L'instabilité professionnelle et l'inactivité constituent un facteur de risque d'agressivité envers les enfants. La maltraitance sexuelle est le type prédominant des mauvais traitements (48%) suivie par la maltraitance physique (31%), psychologique (12 %) et les négligences lourdes (9 %). Pour les lésions physiques rencontrées, il y a une forte prédominance des lésions cutanéo-muqueuses avec un taux de 74,9%. Les lésions osseuses viennent en deuxième position (10,7%). Les enfants à risque représentent 35% de l'ensemble des enfants admis. Le risque majeur est le risque éducatif (38%) suivi par le risque d'entretien (25%).

Discussion :

La maltraitance à enfants est fréquente mais sous estimée. Le diagnostic est évoqué sur des indices de suspicion et étayé par les données anamnestiques, cliniques et paracliniques. La conduite à tenir, souvent très délicate, doit être adaptée à chaque situation et nécessite une démarche pluridisciplinaire. La prévention doit porter ses principaux efforts, sur la prévention primaire.

Conclusion :

La maltraitance à enfants est un sujet majeur de santé publique. Le médecin doit rester sensibilisé à ce grave problème, loin d'être exceptionnel, pour évoquer ce diagnostic et prendre les mesures adaptées de soins et de protection de l'enfant. La collaboration entre les formations sanitaires et les organisations communautaires permet d'améliorer la prise en charge des enfants maltraités.

SUMMARY:

The maltreated children are victims of physical violences, psychological maltreatments, neglect or sexual abuse, being able to have serious consequences on their physical and psychological development. The main purpose of this work is to elucidate the epidemiologic and clinical characteristics of child abuse in Marrakech.

We achieved a retrospective study, during 7 years between January 1999 and December 2005, concerning 380 cases of children of less than 18 years victims of maltreatments, admitted to the Ennakhil association for children and women.

65% of the children admitted to the center of listening are maltreated and 35% are considered at risk. The average age of the maltreated children is 11 years; 2 /3 of them are girls. The majority of these children is of urban origin (86%) and lives with their parents in small hearth, among a family containing more than 5 children. The parental couple is generally responsible of the maltreatment. In 40% of the cases, the maltreatment occurs in the house, followed by the street in 20% of the cases. Repeated maltreatment is more frequent (68%) than single maltreatment (32%). Professional instability constitutes a factor of risk of children maltreatment. Sexual abuse is the prevalent type of the maltreatments (48%) followed by the physical maltreatment (31%), psychological (12%) and neglect (9%). The most common manifestations of physical abuse are cutaneous and mucous lesions with a rate of 74,9%. The osseous lesions come in second position (10,7%). The children at risk amounts to 35% of the whole of the allowed children. The major risk is the educational risk (38%).

Child abuse is frequent but underestimated. The diagnosis is evoked on indices of suspicion and is supported by anamnestic, clinical and paraclinic data. The action to be taken, often very delicate, must be adapted to each situation and requires a multidisciplinary process. The prevention must carry its principal efforts on the primary prevention.

Child abuse is a major subject of public health. Doctors must be sensitized with this serious problem, far from being exceptional, to evoke this diagnosis and to take adapted measurements of care and protection of the child. Collaboration between the medical formations and the Community organizations allowed a better care of maltreated children.

ملخص

إن الأطفال ضحايا سوء المعاملة معرضون للعنف الجسدي، النفسي، الجنسي أو الإهمال ، مما يؤدي الى عواقب خطيرة على نموهم الجسدي والنفسي.

الهدف من هذا البحث هو دراسة الخصائص الابدنيولوجية والسريية لممارسة العنف ضد الأطفال بمراكش.

لقد قمنا بدراسة استعادية ممتدة على طول 84 شهرا، خلال سبع سنوات من يناير 1999 الى دجنبر 2005، شملت 380 حالة، لأطفال عمرهم اقل من 18 سنة ضحايا العنف، من خلال سجلات جمعية النخيل لمساندة الطفل والمرأة.

يبلغ متوسط سن الأطفال ضحايا سوء المعاملة حوالي 11 سنة، الثلثان منهم من الإناث وينتمي اقليمهم الى الوسط الحضري (86 %) ويعيشون مع آبائهم في أسرة صغيرة لا تتعدى في الغالب خمسة أطفال. وينحصر مصدر العنف في الغالب في الأبوين أو باقي أفراد العائلة، ويحصل هذا العنف في 40 % من الحالات بالبيت، متبوعا بالشارع بنسبة 20 % من الحالات. ويعتبر العنف المتكرر على الاطفال أكثر شيوعا، اذ يبلغ نسبة 68 % بالمقارنة مع العنف الممارس مرة واحدة بنسبة 32 %. واهم العوامل المؤدية الى ممارسة العنف لاجه الأطفال هي عدم الاستقرار المهني. وتعد الاعتداءات الجنسية أكثر شيوعا من باقي انواع سوء المعاملة بنسبة 48 % , متبوعا بالاعتداءات الجسدية بنسبة 31 % والنفسية (12 %) وحالات الإهمال بنسبة 9 %. أما بالنسبة للأضرار المترتبة عن العنف الجسدي فاغلب الاصابات كانت في الجاد بنسبة 9,74 % وتليها اصابات في العظام بنسبة 7,10 % . وتصل نسبة الاطفال المهددين بالخطر إلى 35 % من مجموع الأطفال الوافدين على الجمعية، اما الخطر الرئيسي فهو الخطر التربوي (38 %) متبوعا بخطر الرعاية (25 %).

يعد العنف والإهمال ضد الأطفال موضوعا من اهتمامات الصحة العمومية والذي يضع المسؤولية على الطبيب والمجتمع، ويدفعه الى ان يولي العناية الكاملة لهذا المشكل الخطير، ويهتم بتشخيص الحالات الواردة عليه، ويتخذ الإجراءات الملائمة للعلاج والحماية اللازمة للطفل. و يمكن التعاون بين الهيآت الطبية و المنظمات الإجتماعية من تحسين عملية التكاف بالطفل ضحية سوء المعاملة.

ANNEXES

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE I : DECLARATION DE GENEVE

ANNEXE II : DECLARATION DES DROITS DE L'ENFANT

ANNEXE III : CONVENTION INTERNATIONALE DES DROITS DE L'ENFANT

ANNEXE IV : CODE PENAL MAROCAIN : ARTICLES DE LOIS RELATIFS A LA MALTRAITANCE A ENFANTS

ANNEXE V : CODE DU TRAVAIL MAROCAIN : ARTICLES DE LOIS RELATIFS AU TRAVAIL DES ENFANTS

ANNEXE VI : FORMULAIRES DU CENTRE D'ECOUTE HAWWAA POUR LE SIGNALEMENT DE CAS DE SEVICES A ENFANTS

ANNEXE VII : FICHE DE LIAISON DE L'ASSOCIATION ENNAKHIL AVEC LE SERVICE SOCIAL DE L'HOPITAL IBN TOFAIL

ANNEXE I

DECLARATION DE GENEVE

Le 26 septembre 1924

C'est au sein de la Société des Nations (SDN) qu'a été rédigée puis adoptée, le 26 septembre 1924, la première Déclaration des Droits de l'Enfant, connue sous le nom de la Déclaration de Genève. Le texte est très court : un petit préambule et cinq articles. Mais il constitue le socle de ce qui deviendra la Convention des droits de l'enfant (1989).

Préambule

Par la présente Déclaration des droits de l'enfant, dite déclaration de Genève, les hommes et les femmes de toutes les nations reconnaissent que l'humanité doit donner à l'enfant ce qu'elle a de meilleur, affirmant leurs devoirs, en dehors de toute considération de race, de nationalité, de croyance.

Article 1

L'enfant doit être mis en mesure de se développer d'une façon normale, matériellement et spirituellement.

Article 2

L'enfant qui a faim doit être nourri ; l'enfant malade doit être soigné ; l'enfant arriéré doit être encouragé ; l'enfant dévoyé doit être ramené ; l'enfant orphelin et l'abandonné doivent être recueillis et secourus.

Article 3

L'enfant doit être le premier à recevoir des secours en cas de détresse.

Article 4

L'enfant doit être mis en mesure de gagner sa vie et doit être protégé contre toute exploitation.

Article 5

L'enfant doit être élevé dans le sentiment que ses meilleures qualités devront être mises au service de ses frères.

ANNEXE II

DECLARATION DES DROITS DE L'ENFANT

Proclamée par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies
le 20 novembre 1959

Principe premier

L'enfant doit jouir de tous les droits énoncés dans la présente Déclaration. Ces droits doivent être reconnus à tous les enfants sans exception aucune, et sans distinction ou discrimination fondées sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou autres, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, ou sur toute autre situation, que celle-ci s'applique à l'enfant lui-même ou à sa famille.

Principe 2

L'enfant doit bénéficier d'une protection spéciale et se voir accorder des possibilités et des facilités par l'effet de la loi et par d'autres moyens, afin d'être en mesure de se développer d'une façon saine et normale sur le plan physique, intellectuel, moral, spirituel et social, dans des conditions de liberté et de dignité. Dans l'adoption de lois à cette fin, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être la considération déterminante.

Principe 3

L'enfant a droit, dès sa naissance, à un nom et à une nationalité.

Principe 4

L'enfant doit bénéficier de la sécurité sociale, il doit pouvoir grandir et se développer d'une façon saine; à cette fin, une aide et une protection spéciales doivent lui être assurées ainsi qu'à sa mère, notamment des soins prénatals et postnatals adéquats. L'enfant a droit à une alimentation, à un logement, à des loisirs et à des soins médicaux adéquats.

Principe 5

L'enfant physiquement, mentalement ou socialement désavantagé doit recevoir le traitement, l'éducation et les soins spéciaux que nécessite son état ou sa situation.

Principe 6

L'enfant, pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, a besoin d'amour et de compréhension. Il doit, autant que possible, grandir sous la sauvegarde et sous la responsabilité de ses parents et, en tout état de cause, dans une atmosphère d'affection et de sécurité morale et matérielle; l'enfant en bas âge ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, être séparé de sa mère. La société et les pouvoirs publics ont le devoir

de prendre un soin particulier des enfants sans famille ou de ceux qui n'ont pas de moyens d'existence suffisants. Il est souhaitable que soient accordées aux familles nombreuses des allocations de l'Etat ou autres pour l'entretien des enfants.

Principe 7

L'enfant a droit à une éducation qui doit être gratuite et obligatoire au moins aux niveaux élémentaires. Il doit bénéficier d'une éducation qui contribue à sa culture générale et lui permette, dans des conditions d'égalité de chances, de développer ses facultés, son jugement personnel et son sens des responsabilités morales et sociales, et de devenir un membre utile de la société.

L'intérêt supérieur de l'enfant doit être le guide de ceux qui ont la responsabilité de son éducation et de son orientation; cette responsabilité incombe en priorité à ses parents. L'enfant doit avoir toutes possibilités de se livrer à des jeux et à des activités récréatives, qui doivent être orientés vers les fins visées par l'éducation; la société et les pouvoirs publics doivent s'efforcer de favoriser la jouissance de ce droit.

Principe 8

L'enfant doit, en toutes circonstances, être parmi les premiers à recevoir protection et secours.

Principe 9

L'enfant doit être protégé contre toute forme de négligence, de cruauté et d'exploitation, il ne doit pas être soumis à la traite, sous quelque forme que ce soit. L'enfant ne doit pas être admis à l'emploi avant d'avoir atteint un âge minimum approprié; il ne doit en aucun cas être astreint ou autorisé à prendre une occupation ou un emploi qui nuise à sa santé ou à son éducation, ou qui entrave son développement physique, mental ou moral.

Principe 10

L'enfant doit être protégé contre les pratiques qui peuvent pousser à la discrimination raciale, à la discrimination religieuse ou à toute autre forme de discrimination. Il doit être élevé dans un esprit de compréhension, de tolérance, d'amitié entre les peuples, de paix et de fraternité universelle, et dans le sentiment qu'il lui appartient de consacrer son énergie et ses talents au service de ses semblables.

ANNEXE III

CONVENTION INTERNATIONALE DES DROITS DE L'ENFANT

(Résumé des principaux textes)

*** Identité :**

Article 1 : Un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt.

Article 2 : Les droits énoncés s'entendent sans discrimination de race, de sexe, de langue, de religion.

Article 3 : Toutes les décisions qui concernent un enfant doivent tenir compte de son intérêt supérieur. L'Etat assure sa protection au cas où les responsables font défaut.

Article 4 : Les Etats parties s'engagent à faire respecter ses mesures.

Article 5 : Les Etats respectent la responsabilité et les droits des parents.

Article 6 : Tout enfant a un droit inhérent à la vie, à la survie et à son développement.

Article 7 : L'Enfant a droit à un nom, et dans la mesure du possible le droit de connaître ses parents.

Article 8 : Droit de l'enfant à préserver son identité, sa nationalité, ses relations familiales.

Article 9 : Droit de l'enfant de vivre avec ses parents à moins que cela soit jugé incompatible avec son intérêt supérieur, et le droit de maintenir des contacts avec ses parents s'il en est séparé.

Article 10 : Droit de l'enfant et de ses parents de quitter tout pays aux fins de réunification familiale ou d'entretenir des contacts réguliers.

Article 11 : Les Etats parties prennent des mesures contre le rapt ou le non-retour illicite de l'enfant en favorisant des accords bilatéraux ou multilatéraux.

*** Expression :**

Article 12 : Droit de l'enfant à s'exprimer dans toutes question le concernant, son opinion étant prise en considération.

Article 13 : Droit de l'enfant à recevoir et répandre des informations et idées, sous les seules restrictions prescrites par la loi.

Article 14 : Droit de l'enfant à la liberté de pensée, de conscience et de religion, dans le cadre prévu par la loi pour préserver l'ordre public et la liberté d'autrui.

Article 15 : Droit des enfants à se réunir et à former des associations.

Article 16 : Droit à ne pas subir d'ingérence dans sa vie privée ni d'atteinte à son honneur.

Article 17 : Droit à recevoir une information appropriée : les Etats prennent des mesures pour protéger l'enfant contre des informations qui nuisent à son bien-être.

* Protection :

Article 18 : Les deux parents ont une responsabilité commune pour élever l'enfant. Les Etats parties accordent l'aide appropriée aux parents ou représentants et favorisent l'établissement de services pour les parents qui travaillent.

Article 19 : L'Etat doit protéger l'enfant contre toute forme de mauvais traitements perpétrés par les parents ou toute autre personne et prendre des mesures qui comprennent des procédures et des programmes sociaux.

Article 20 : Tout enfant privé provisoirement ou définitivement de ses parents a droit à la protection de l'état, qui peut avoir la forme d'un placement, d'une adoption etc., en tenant compte de son origine culturelle.

Article 21 : Les Etats qui autorisent l'adoption doivent faire appel aux autorités compétentes qui doivent apporter toutes les garanties nécessaires, sans profit d'aucune sorte.

Article 22 : Droit des enfants réfugiés à avoir des protections spéciales en collaboration avec les organisations humanitaires.

Article 23 : Droit de l'enfant handicapé à mener une vie décente dans sa communauté et à bénéficier d'une éducation et rééducation appropriées avec l'aide de l'Etat. Les Etats parties favorisent la coopération internationale, surtout en faveur des pays en développement.

* Santé :

Article 24 : droit de l'enfant de jouir de la meilleure santé possible et de bénéficier de services médicaux, afin de réduire la mortalité infantile, de lutter contre la malnutrition. Faire en sorte d'assurer aux mères les soins pré et postnatals, de développer les soins préventifs. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants.

Article 25 : Droit de l'enfant placé à recevoir les soins et les examens périodiques en vue de réviser sa situation.

Article 26 : Droit à bénéficier de la sécurité sociale.

* Niveau de vie :

Financier, éducatif, culturel

Article 27 : Droit de l'enfant à un niveau de vie lui permettant son développement physique, mental, spirituel et social. Les Etats adoptent des mesures pour aider les parents ou les responsables, surtout en ce qui concerne l'alimentation, le vêtement, le logement, voire le recouvrement de la pension alimentaire.

Article 28 : Droit de l'enfant à l'éducation sur la base de l'égalité des chances. L'enseignement secondaire et professionnel favorisés.

Article 29 : L'éducation de l'enfant vise à favoriser son épanouissement et le développement de ses capacités, à lui inculper le respect des droits de l'homme et du milieu naturel, de ses parents, de ses valeurs culturelles et des valeur nationales.

Article 30 : Droit de l'enfant appartenant à une minorité éthique, religieuse, linguistique à avoir sa propre vie culturelle.

Article 31 : Droit de l'enfant à des activités récréatives et artistiques.

* Le travail :

Article 32 : Droit de l'enfant à être protégé contre l'exploitation économique et de n'être astreint à aucun travail comportant des risques. Les Etats fixent un âge minimum, prévoient des réglementations appropriées concernant les horaires et les conditions de travail.

* La drogue :

Article 33 : Droit de l'enfant à être protégé contre la consommation, la production et le trafic de stupéfiants.

* La prostitution :

Article 34 : Droit de l'enfant à être protégé contre l'exploitation sexuelle et pornographique.

Article 35 : Les Etats empêchent l'enlèvement, la traite, le trafic d'enfant...

Article 36 : ... et toute forme d'exploitation.

* Torture et privation de liberté :

Article 37 : Nul enfant ne doit être soumis à la torture ou à des traitements cruels : peine capitale, emprisonnement à vie, privation de liberté illégale ; que tout enfant privé de liberté soit traité avec humanité, séparé des adultes et en contact avec sa famille, avec l'aide juridique appropriée.

* La guerre :

Article 38 : Les Etats parties veillent à ce qu'aucun enfant de moins de quinze ans ne prenne part à un conflit armé et qu'il bénéficie de protection et de soins.

Article 39 : Obligation de l'Etat de prendre des mesures pour réadapter l'enfant victime de négligence, exploitation, sévice ou conflit armé.

* La justice :

Article 40 : tout enfant est présumé innocent jusqu'à ce que sa culpabilité soit établie. Droit de tout enfant reconnu coupable d'avoir commis un délit de voir ses droits fondamentaux respectés avec une assistance juridique. Les Etats s'efforcent de promouvoir des lois et procédures spécifiques et d'établir un âge minimum de capacité à enfreindre la loi pénale.

* Dispositions de la convention :

Article 41 à 46 : Les Etats s'engagent à faire connaître les principes et les dispositions de la présente convention.

Il est institué un comité de droits de l'enfant qui se compose de six experts élus par les Etats partie. La première élection aura lieu six mois après l'entrée en vigueur de la convention. Les membres sont élus pour quatre ans.

Les Etats s'engagent à fournir des rapports sur les mesures qu'ils auront adoptées tous les 2 ans, puis tous les 5 ans.

Article 47 à 54 : La convention entre en vigueur trente jours après la vingtième ratification. Tout Etat peut proposer un amendement.

ANNEXE IV

CODE PENAL MAROCAIN : ARTICLES DE LOIS RELATIFS A LA MALTRAITANCE A ENFANTS

Article 397 – Quiconque donne intentionnellement la mort à un enfant nouveau-né est coupable d’infanticide et puni de la peine de réclusion perpétuelle ou de la peine de mort si le meurtre est avec préméditation. Toutefois la mère , auteur principal ou complice du meurtre ou de l’assassinat de son enfant nouveau-né, est punie de la peine de la réclusion de cinq à dix ans, mais sans que cette disposition puisse s’appliquer à ses coauteurs complices.

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 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.

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 Creil ou autres infirmités permanente, 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, violence, 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 à l'alinéa 3 et 4 de l'article 410, de la peine de mort.

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'expression ou du délaissement une maladie ou 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 la 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 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'expression 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 la réclusion 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 les cas prévus au 1^{er} alinéa de l'article précédent ;
- est l'emprisonnement d'un à trois ans dans les cas prévus à alinéa 2 dudit article ;
- est portée au double dans le cas 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 le cas, des peines prévues aux articles 392 à 397.

Article 464 – Dans le cas où, en vertu des articles 459 à 462, une peine délictuelle est seule encourue, 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 trois mentionnés à l'article 40 du présent code.

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 120 à 2000 dirhams ou de l'une de ces deux peines seulement.

Article 466 – Est puni de l'emprisonnement d'un à six mois et d'une amende de 120 à 5000 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 de l'emprisonnement d'un à six mois et d'une amende de 120 à 5000 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 479 – Est puni de l'emprisonnement d'un mois à un an et d'une amende de 200 à 2000 dirhams ou de l'une de ces deux peines seulement :

1° le père ou la mère de la 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 descendant. 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, peut connaître des poursuites exercées

en vertu des dispositions des deux articles précédents. Les poursuites ne peuvent être exercées que sur plainte de la personne 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.

Article 482 – Sont punis de l'emprisonnement d'un mois à un an et d'une amende de 120 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.

ANNEXE V

CODE DU TRAVAIL MAROCAIN : ARTICLES DE LOIS RELATIFS AU TRAVAIL DES ENFANTS DAHIR N° 1-03-194 DU 14 REJEB

11 septembre 2003

TITRE II

De la protection du mineur

Chapitre premier

De l'âge d'admission au travail

Article 143 – Les mineurs ne peuvent être employés ni être admis dans les entreprises ou chez les employeurs avant l'âge de quinze ans révolus.

Article 144 – L'agent chargé de l'inspection du travail a, à tout moment, le droit de requérir l'examen par un médecin dans un hôpital relevant du ministère chargé de la santé publique de tous les mineurs salariés âgés de moins de dix –huit ans et tous les salariés handicapés, à l'effet de vérifier si le travail dont ils sont chargés n'excède pas leurs capacités ou ne convient pas à leur handicap. L'agent chargé de l'inspection du travail a le droit d'ordonner le renvoi des mineurs et des salariés handicapés de leur travail, sans préavis, en cas d'avis conforme dudit médecin et après examen contradictoire à la demande de leurs parents.

Article 145 – Aucun mineur de moins de 18 ans ne peut, sans autorisation écrite préalablement remise par l'agent chargé de l'inspection du travail pour chaque mineur et après consultation de son tuteur, être employé à titre de salarié comme comédien ou interprète dans les spectacles publics faits par les entreprises dont la liste est fixée par voie réglementaire.

L'agent chargé de l'inspection du travail peut procéder au retrait de l'autorisation précédemment délivrée soit à son initiative ou à l'initiative de toute personne habilitée à cet effet.

Article 146 – Il est interdit de lancer toute publicité abusive incitant les mineurs à s'adonner à la profession d'artiste et à en souligner le caractère lucratif.

Article 147 – Il est interdit à toute personne de faire exécuter par des mineurs de moins de 18 ans des tours de force périlleux, des exercices d'acrobatie, de contorsion ou de leur confier des travaux comportant des risques sur leur vie, leur santé ou leur moralité.

Il est également interdit à toute personne pratiquant les professions d'acrobate, saltimbanque, montreur d'animaux, directeur de cirque ou d'attractions foraines, d'employer dans ses représentations des mineurs âgés de moins de 16 ans.

Article 148 – Toute personne exerçant l'une des professions mentionnées à l'article 147 ci-dessus doit disposer des extraits de naissance ou de la carte d'identité nationale des mineurs placés sous sa conduite et justifier de leur identité par la production de ces pièces à première demande de l'agent chargé de l'inspection du travail ou des autorités administratives locales.

Article 149 – En cas d'infraction aux dispositions des articles 145 à 148 ci-dessus, l'agent chargé de l'inspection du travail ou les autorités administratives locales requièrent, aux fins d'interdiction de la représentation, l'intervention des agents de la force publique et en donnent avis au ministère public.

Article 150 – Sont punis d'une amende de 2.000 à 5.000 dirhams : le défaut de détention de l'autorisation prévue à l'article 145 ; le non- respect des dispositions de l'article 146 ; le défaut de détention ou de production par les personnes visées à l'article 148 des pièces justificatives de l'identité des salariés mineurs placés sous leur conduite. Sont punies d'une amende de 300 à 500 dirhams les infractions aux dispositions de l'article 147. L'amende est appliquée autant de fois qu'il y a de salariés mineurs à l'égard desquels les dispositions de l'article 147 n'ont pas été observées, sans toutefois que le total des amendes dépasse le montant de 20.000 dirhams.

Article 151 – Est punie d'une amende de 25.000 à 30.000 dirhams l'infraction aux dispositions de l'article 143. La récidive est passible d'une amende portée au double et d'un emprisonnement de 6 jours à 3 mois, ou de l'une de ces deux peines seulement

Chapitre IV

Du travail de nuit des mineurs

Article 172 – Sous réserve des dispositions des articles 175 et 176 ci-dessous, il est interdit d'employer à un travail de nuit des mineurs âgés de moins de seize ans. Dans les activités non agricoles, est considéré comme travail de nuit tout travail exécuté entre 21 heures et 6 heures. Dans les activités agricoles, est considéré comme travail de nuit tout travail exécuté entre 20 heures et 5 heures.

Article 173 – Les dispositions des 1er et 3e alinéas de l'article 172 ne sont pas applicables aux établissements auxquels la nécessité impose une activité continue ou saisonnière ou dont le travail s'applique soit à des matières premières, soit à des matières en élaboration, soit à des produits agricoles susceptibles d'altération rapide. En cas de circonstances exceptionnelles et lorsque

l'établissement ne peut pas bénéficier, en raison de son activité ou de son objet, de la dérogation prévue à l'alinéa précédent, une autorisation exceptionnelle spéciale peut lui être délivrée par l'agent chargé de l'inspection du travail pour lui permettre de bénéficier des dispositions prévues audit alinéa.

Article 174 – Il doit être accordé aux femmes et aux mineurs, entre deux journées de travail de nuit, un repos dont la durée ne peut être inférieure à onze heures consécutives comprenant obligatoirement la période de travail de nuit telle que fixée à l'article 172 ci-dessus. Cette durée peut toutefois être réduite à dix heures dans les établissements visés à l'article 173 ci-dessus.

Article 175 – A la suite de chômage résultant de force majeure ou d'une interruption accidentelle ne présentant pas un caractère périodique, l'employeur peut déroger aux dispositions du 2^e alinéa de l'article 173 ci-dessus, dans la limite du nombre de journées de travail perdues, sous réserve d'en aviser au préalable l'agent chargé de l'inspection du travail.

Il ne peut être fait usage de cette dérogation au-delà de douze nuits par an, sauf autorisation de l'agent chargé de l'inspection du travail.

Article 176 – L'employeur peut temporairement déroger aux dispositions du 3^e alinéa de l'article 172 en ce qui concerne les mineurs âgés de moins de seize ans s'il s'agit de prévenir des accidents imminents, d'organiser des opérations de sauvetage ou de réparer des dégâts imprévisibles. L'employeur qui déroge aux dites dispositions doit en aviser immédiatement, et par tous moyens, l'agent chargé de l'inspection du travail. L'employeur ne peut faire usage de cette dérogation que dans la limite d'une nuit. L'employeur ne peut faire usage de cette dérogation s'il s'agit d'un salarié handicapé.

Article 177 – Sont punis d'une amende de 300 à 500 dirhams : l'emploi à tout travail de nuit de femmes et de mineurs âgés de moins de 16 ans, dans le cas prévu par le dernier alinéa de l'article 173, sans l'autorisation exceptionnelle prévue par ledit alinéa ; le non-respect, dans les activités non agricoles, de la durée minimum de repos des femmes et des mineurs entre deux journées de travail consécutives, prévue par l'article 174. L'amende est appliquée autant de fois qu'il y a de femmes et de mineurs à l'égard desquels les dispositions desdits articles n'ont pas été appliquées, sans toutefois que le total des amendes dépasse le montant de 20.000 dirhams.

Article 178 – Sont punis d'une amende de 2.000 à 5.000 dirhams : le défaut d'avis préalable à l'agent chargé de l'inspection du travail dans le cas prévu au 1^{er} alinéa de l'article 175 ou l'usage de la dérogation prévue au 2^e alinéa dudit article sans autorisation préalable de l'agent précité ; le défaut d'avis immédiat à l'agent chargé de l'inspection du travail dans le cas prévu par l'article 176

ou l'usage de la dérogation autorisée pour une durée dépassant la limite fixée par le 3^e alinéa dudit article ; le non-respect des dispositions du 4^e alinéa de l'article 176.

Chapitre V
Des travaux interdits aux mineurs et des
Dispositions spéciales au travail des mineurs

Article 179 – Il est interdit d'employer les mineurs de moins de 18 ans, les femmes et les salariés handicapés dans les carrières et dans les travaux souterrains effectués au fond des mines.

Article 180 – Il est interdit d'employer les mineurs de moins de 18 ans dans des travaux, tant au jour qu'au fond, susceptibles d'entraver leur croissance ou d'aggraver leur état s'ils sont handicapés.

Article 181 – Il est interdit d'occuper les mineurs de moins de 18 ans, les femmes et les salariés handicapés à des travaux qui présentent des risques de danger excessif, excèdent leurs capacités ou sont susceptibles de porter atteinte aux bonnes mœurs. La liste de ces travaux est fixée par voie réglementaire.

Article 183 – Sont punis d'une amende de 300 à 500 dirhams : l'emploi des mineurs âgés de moins de dix-huit ans et des femmes dans les carrières et travaux souterrains effectués au fond des mines, en violation de l'article 179 ; l'emploi de salariés de moins de dix-huit ans, dans des travaux, tant au jour qu'au fond, susceptibles d'entraver leur croissance ou d'aggraver leur handicap en violation de l'article 180, ainsi qu'aux travaux visés à l'article 181.

ANNEXE VI

جمعية النخيل للمرأة والطفل

24 تجزئة تشكاء الوحدة الخامسة، الداوديات مراكش

الهاتف : 044.33.14.31

الفاكس : 044.30.67.09

مركز حواء للدفاع عن حقوق المرأة والطفل

استمارة خاصة بالاستماع للأطفال ضحايا العنف

رقم الملف : تاريخ تقديم الشكوى:

اسم المستمعة : مكان الاستماع:

معلومات حول المعتدى عليه :

من تقدم بالشكوى؟

الشخص نفسه ☐ شخص آخر ☐ مؤسسة اجتماعية ☐ غيره حدد:

الاسم العائلي و الشخصي للمعتدى عليه :

السن : رقم البطاقة الوطنية :

العنوان الكامل :

الهاتف :

مع من يقيم ؟

وحده ☐ عند الأبوين ☐ مع الأقارب ☐ في مؤسسة اجتماعية ☐ غيره حدد:

المستوى التعليمي:

أمي ☐ ابتدائي ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐ غيره حدد:

كيف تم التعرف على جمعية النخيل

- عن طريق : وسائل الإعلام ☐ وثائق الجمعية ☐ شخص آخر ☐ غيره حدد:

معلومات حول العمل :

هل يشتغل : نعم ☐ لا ☐

نوع الشغل : عدد الساعات:

مكان العمل :

معلومات حول المعتدي :

الاسم العائلي والشخصي :

السن :

رقم البطاقة الوطنية :

الجنس :

الجنسية :

المهنة :

العنوان الكامل :

الهاتف :

المستوى التعليمي :

أمي ☐ ابتدائي ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐ غيره حدد :

علاقته بالمعتدي عليه :

أب ☐ أخ ☐ مشغل ☐ شخص آخر ☐ غيره حدد :

حالة الاعتداء

سبب الاعتداء :

نوع الاعتداء :

ضرب ☐ جرح ☐ اعتداء جنسي ☐ غيره حدد :

هل تم الكشف عند الطبيب الشرعي؟

نعم ☐ لا ☐

من هو الطبيب؟

هل تم إبلاغ السلطات؟

نعم ☐ لا ☐

الشرطة ☐ الدرك ☐ غيره حدد :

هل تم رفع قضية في المحكمة؟

نعم ☐ لا ☐

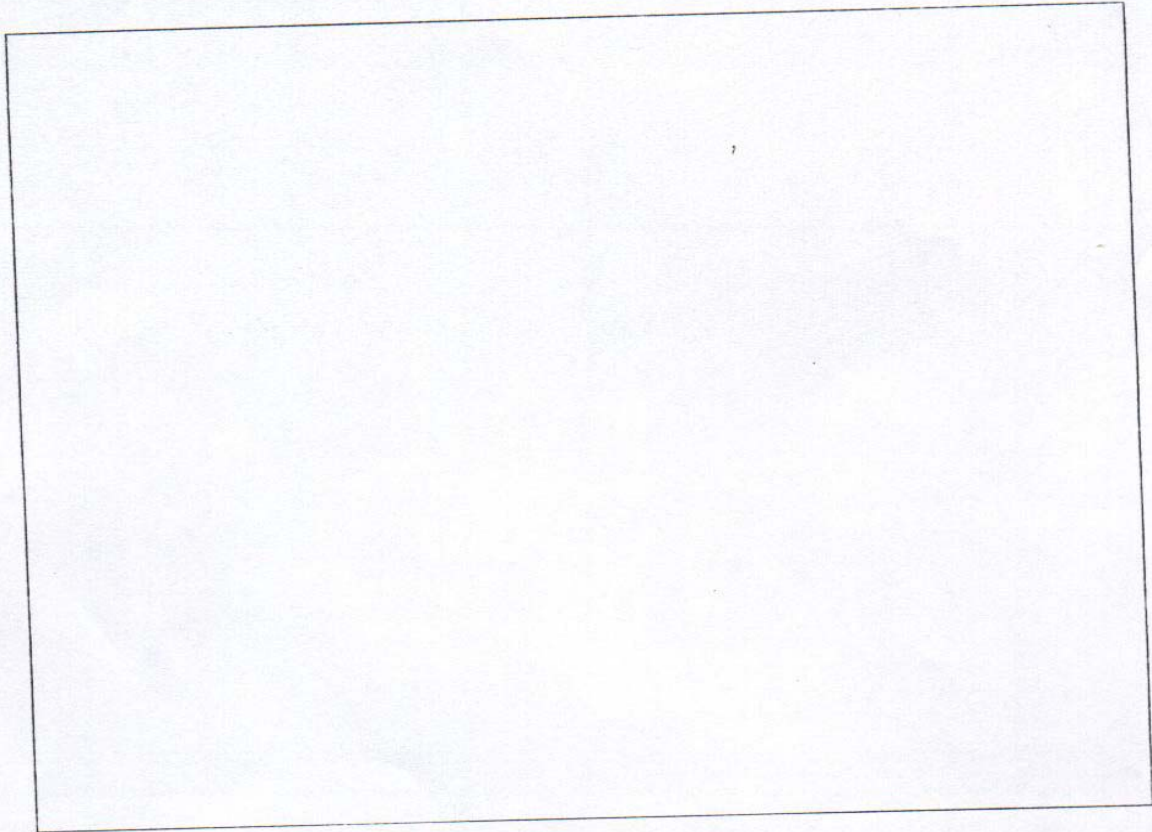
المحكمة الابتدائية ☐ محكمة الاستئناف ☐ المحكمة الإدارية ☐

رقم الملف :

هل تمت إجراءات أخرى؟
☐ نعم ☐ لا

ماهي؟

وصف الحالة



ملاحظات :

ANNEXE VII

Association Ennakhil
pour la Femme et l'Enfant
« Centre Hawwâa »

AEFE
Association Ennakhil
pour la Femme et l'Enfant
24, Lotissement Tichka, Unité 5
Daoudiate, Marrakech
Tél/Fax 212 (04) 30.67.09

Royaume du Maroc
Ministère de la santé
C.H.U Mohamed V
Hôpital IbnTofail Marrakech
Service social

Femmes et enfants victimes de violence Fiche de liaison

- N° d'ordre :
- Date de l'agression :
- Date de l'admission :

A- Identification de l'intéressé(e)

- Nom et prénom : Age :
- Adresse : CIN :
- Nom et prénom du père :
- Situation matrimoniale :
- Accompagnement : CIN :

B- L'agresseur

- Relation avec la victime :
- Age : CIN :
- Observation :

C- L'agression

- Type de l'agression : Lieu :
- Diagnostic :

→ Description du Cas :

→ Nature de l'intervention sollicitée :

AEFE
Association Ennakhil
pour la Femme et l'Enfant
24, Lotissement Tichka, Unité 5
Daoudiate, Marrakech
Tél/Fax 212 (04) 30.67.09

REFERENCES

1 – Rapport mondial sur la violence et la santé

La maltraitance des enfants et le manque de soins de la part des parents ou des tuteurs.
OMS. 2005; 3:65-89

2 – Arrigo E., Leviell M.

Evolution de la prise de conscience dans le domaine médical du problème de l'Enfance Maltraitée.
AFIREM. 2003 :8-9

3 – Florence P.

La maltraitance infantile en Vendée,
Thèse de médecine. Nantes ; 2004, n°25

4 – Gabel M.

La maltraitance faite aux enfants,
ADSP. 2000 ; 31 : 26-34

5– Straus P., Manciaux M.

L'enfant maltraité,
Ed. Fleurus, Paris; 1993 : 233

6– Guide méthodologique de l'ODAS.

L'observation de l'enfance en danger,
Ed. ODAS ; 2001

7 – Saliez V., Leconte S., Aertssen E. et al.

Maltraitance d'enfant,
Guide des soignants en médecine générale et aux urgences. SSMG (Belgique). 2003 :3

8 – ONDE.

Statistiques de l'Observatoire National des Droits de l'Enfant : Cas de maltraitance 2005
www.ondemaroc.org ; 2005

9– Wolfe Y.

Cadre conceptuel et épidémiologique de l'enfance maltraitée,
Ed. Santé Canada ; 2001

10 – Vazquez P.

Prise en charge pratique d'enfants victimes d'abus sexuels,
J pediatri Puericulture. 2001 ; 14 : 486-91

11 – 7ème Conférence de consensus.

Conséquences des maltraitances sexuelles : Les reconnaître, les soigner, les prévenir.
Fédération française de psychiatrie. Novembre 2003

12 – KEMPE H.

L'enfance torturée.
Collection psychologie et sciences humaines. 1981.

13 – Glaser D.

Child maltreatment,
Psychiatry. 2005; 4: 53-57

14 – Green B.L., Rockhill A., Furrer C.

Does substance abuse treatment make a difference for child welfare case outcomes? A statewide longitudinal analysis.
Child Youth Serv Rev. 2007; 29: 460-73

15 – Kaplow J.B., Widom C.S.

Age of Onset of Child Maltreatment Predicts Long-Term Mental Health Outcomes.
J Abnorm Psychol .2007; 116:176-87

16 – ONED.

Deuxième rapport annuel au parlement et au gouvernement de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger
www.oned.gouv.fr ; Décembre 2006

17 – ODAS.

Rapport de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée : pour mieux adapter Observer, évaluer nos réponses
www.odas.net; 2005

18 – NCANDS, U.S Department of Health & Human Services

Child Maltreatment; USA.
www.acf.dhhs.gov; 2004

19 – Trocmé N., Fallon B., MacLaurin B. et al.

Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants: Données principales.
Ottawa, ON: Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada ; 2005.

20 – Tang C.S.

Corporal punishment and physical maltreatment against children: A community study on Chinese parents in Hong Kong.

Child Abuse Negl. 2006; 30: 893–907

21 – Hunter W.M.

Risk factors for severe child discipline practices in rural India.

J Pediatr Psychol. 2000; 25: 435–47.

22 – May-Chahal C., Cawson P.

Measuring child maltreatment in the United Kingdom: A study of the prevalence of child abuse and neglect.

Child Abuse Negl. 2005; 29:969–84

23 – Lewis O., Sargent J., Chaffin M. et al.

Progress report on the development of child abuse prevention, identification, and treatment systems in Eastern Europe.

Child Abuse Negl. 2005; 28: 93–111

24 – Thabet A.M.,Tischler V.,Vostanis P.

Maltreatment and coping strategies among male adolescents living in the Gaza Strip.

Child Abuse Negl. 2004; 28:77–91

25 – Sidebotham P., Heron J.

Child maltreatment in the “children of the nineties”: A cohort study of risk factors,

Child Abuse Negl. 2006; 30: 497–522

26 – Oral R., Can D., Kaplan S. et al.

Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases,*Child Abuse,*

Child Abuse Negl. 2001; 25: 279–90

27 – UNICEF.

Equality: development and peace.

www.unicef.org; 2000.

28 – Larrain S., Vega J., Delgado I.

Relaciones familiares y maltrato infantil. Santiago (Chili),

Fonds des Nations Unies pour les enfants (UNICEF) ; 1997.

- 29 – Lalor K.**
Child sexual abuse in Tanzania and Kenya,
Child Abuse Negl. 2004; 28: 833–44
- 30 – UNICEF.**
Rapport de Fonds des Nations Unies pour l'enfance : situation des enfants dans le monde.
www.unicef.org; 2007
- 31 – Trocmé N., Machimman H., Fallon B.**
Nature and severity of physical harm caused by child abuse and neglect: results from the Canadian incidence study,
CMAJ. 2003; 169: 911–5.
- 32 – Carter V., Myers M.R.**
Exploring the risks of substantiated physical neglect related to poverty and parental characteristics: A national sample.
Children Youth Serv Rev. 2007; 29: 110–21
- 33 – Sibert J.R. , Payne E.H., Barber M.**
The incidence of severe physical child abuse in wales.
Child Abuse Negl. 2002, 26: 267–76.
- 34– Ketsela T., Kedebe D.**
Physical punishment of elementary schoolchildren in urban and rural communities in Ethiopia.
Ethiop Med J. 1997; 35:23–33.
- 35– Zununegui M.V., Morales J.M., Martinez V.**
Child abuse: socioeconomic factors and health status.
An Esp Pediatr. 1997; 47:33–41.
- 36– Bardi M., Borgognini–Tari SM.**
A survey of parent– child conflict resolution: intrafamily violence in Italy.
Child Abuse Negl; 2001; 25:839–53.
- 37 – Hadi A.**
Child abuse among working children in rural Bangladesh: prevalence and determinants.
Public Health. 2000; 114:380–4.
- 38– Klevens J., Bayon M.C., Sierra M.**
Risk factors and the context of men who physically abuse in Bogota, Colombia.
Child Abuse Negl. 2000; 24:323–32.

- 39– Isaranurug S. et al.**
Factors relating to the aggressive behavior of primary caregiver toward a child.
J Med Assoc Thai. 2001; 84:1481–9.
- 40 – Vlais-Cicvaric I., Prpic I., Boban M. et al.**
Children's reflections on corporal punishment.
Public Health. 2007; 121: 220–2
- 41 – Murry S.K., Baker A.W., Lewin L.**
Screening families with young children for maltreatment potential.
Pediatr Nurs. 2000, 26: 47–54.
- 42 – Oliveira N., Oliveira S.F., Galluzzi B.L. et al.**
Children and adolescents victimized by sexual abuse in the city of Rio de Janeiro: An appraisal of cases.
J Forensic Leg Med. 2007; 14:216–20
- 43 – Starling S.P., Holden J.R.**
Perpetrators of abusive head trauma: comparison of two geographic populations.
South Med J. 2000; 93:463–5.
- 44 – Romano H., Gavelle P.**
Allégation d'abus sexuels chez les enfants de moins de quatre ans : interactions mère-enfant et approche clinique.
Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2007 ; 55 : 58–65
- 45 – Leeners B. , Stiller R., Block E. Et al.**
Consequences of childhood sexual abuse experiences on dental care.
J Psychosom Res. 2007; 62: 581–8
- 46 – Arata C.M., Langhinrichsen-Rohling J., Bowers D. et al.**
Differential correlates of multi-type maltreatment among urban youth.
Child Abuse Negl. 2007; 31: 393–415
- 47 – Carpenter A., Donohue B.**
Parental satisfaction in child abuse and neglect: A review of standardized measures.
Aggress Violent Behav. 2006; 11: 577–86
- 48 – Al-Mahroos F., Abdulla F., Kamal S. et al.**
Child abuse: Bahrain's experience,
Child Abuse Negl. 2005; 29: 187–193

- 49 – Chang J., Rhee S. , Weaver D.**
 Characteristics of child abuse in immigrant Korean families and correlates of placement decisions,
Child Abuse Negl. 2006; 30: 881–91
- 50 – Dassa S.K., Balaka B., Douti N.K. et al.**
 Étude sur la maltraitance des enfants dans les familles au Togo et réflexion sur les normes éducatives,
Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2005; 53: 426–431
- 51 – Ben-Arieh A., Haj-Yahia M.**
 The geography of child maltreatment in Israel: Findings from a national data set of cases reported to the social services,
Child Abuse Negl. 2006; 30: 991–1003
- 52– Sibertin-Blanc D., Vidailhet C.**
 De l'effraction corporelle à l'effraction psychique.
Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2003 ; 51 :1–4
- 53 – Ferrari P.**
 Sévices à enfants,
Médecine-sciences, Ed. Flammarion, Paris ; 2001
- 54 –Klevens J., Bayon M.C., Sierra M.**
 Risk factors and the context of men who physically abuse in Bogota, Colombia.
Child Abuse Negl. 2000; 24:323–32.
- 55 – Julie L.**
 Childhood physical abuse, early social support and risk for maltreatment.
Psychology. USA; 2000.
- 56 – Collishaw S., Pickles A., Messer J. et al.**
 Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample.
Child Abuse Negl. 2007; 31:211–29
- 57 – Levendosky A.A., Bogat G.A., von Eye A.**
 New Directions for Research on Intimate Partner Violence and Children.
Eur Psychol. 2007; 12: 1–5

- 58 – McMahon T.J., Winkel J.D., Suchman N.E. et al.**
Drug-abusing fathers: Patterns of pair bonding, reproduction, and paternal involvement.
J Subst Abuse Treat. 2007; *Article in Press*
- 59 – Knickerbocker L., Heyman R.E., Smith Slep A.M.**
Co-Occurrence of Child and Partner Maltreatment: Definitions, Prevalence, Theory, and Implications for Assessment.
Eur Psychol. 2007; 12: 36–44
- 60 – Tenhami L., Ait Ben Tahir C., Razik H., Aboussad A.**
Violences sur enfants : à propos de 186 cas.
Revue Marocaine des maladies de l'enfant. 2006 ; 9
- 61 – Sebre S., Sprugevical L.**
Cross cultural comparisons of child: rates, risk factors and psychosocial symptoms.
Psychology. USA; 2004.
- 62 – Keiley M.K., Howe T.R., Dodge K.A. et al.**
The timing of child physical maltreatment: A cross-domain growth analysis of impact on adolescent externalizing and internalizing problems.
Dev Psychopathol. 2001; 13: 891–912.
- 63– Bolger K.E., Patterson C.J.**
Developmental pathways from child maltreatment to peer rejection.
Child Dev. 2001; 72: 549–68.
- 64– Brems C., Namyniuk L.**
The relationship of childhood history and substance use in an Alaska sample.
Subst Use Misuse. 2002; 37: 473–94.
- 65– Kang S., Deren S., Goldstein M.F.**
Relationships between childhood abuse and neglect experience and HIV risk behaviors among methadone treatment drop-outs.
Child Abuse Negl. 2002; 26:1275–89.
- 66– Moran P.B., Vuchinich S., Hall N.K.**
Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence
Child Abuse Negl. 2004; 28: 565–74.

67– Anderson P.L., Tiro J.A., Price A. et al.

Additive impact of childhood emotional, physical, and sexual abuse on suicide attempts among low-income African American women.

Life Threat Behav. 2002; 32:131–8.

68 – Dube S.R., Anda R.F., Felitti V.J. et al.

Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study.

JAMA. 2001; 286, 3089–96.

69– Nolin P.

Les effets de la maltraitance sur le fonctionnement cognitif et neuropsychologique des enfants de 5 à 12 ans. Rapport d'activités scientifiques.

Québec, QC : Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC).Canada ; 2003

70 – Vranceanu A.M., Stevan E., Hobfoll S.E. et al.

Child multi-type maltreatment and associated depression and PTSD symptoms: The role of social support and stress.

Child Abuse Negl. 2007; 31: 71–84

71– Johnson R.M., Kotch J.B., Catellier D.J. et al.

Adverse behavioral and emotional outcomes from child abuse and witnessed violence.

Child Maltreat. 2002; 7: 179–86.

72– Carter J.D., Joyce P.R., Mulder R.T. et al.

The contribution of temperament, childhood neglect, and abuse to the development of personality dysfunction: A comparison of three models.

J Personal Disord, 2001; 15: 123–35.

73 – Grilo C.M., Masheb R.M.

Childhood maltreatment and personality disorders in adult patients with binge eating disorder.

Acta Psychiatr Scand. 2002; 106: 183– 8.

74 – DeRobertis E.M.

The impact of long-term psychological maltreatment by one's maternal figure: A study of the victim's perspective.

Journal of Emotional Abuse. 2004; 4: 27–51.

- 75 – Gagné M.H.**
Les pratiques parentales psychologiquement violentes : une menace à la santé mentale.
Can J Commun Ment Health. 2001 ; 20 : 75–106.
- 76 – Gagné M.H., Bouchard C.**
Les représentations sociales de la violence psychologique faite aux enfants en milieu familial.
Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale. 2001 ; 49 : 61–77.
- 77 – Solomon C.R., Serres F.**
Effects of parental verbal aggression on children's selfesteem and school marks.
Child Abuse Negl. 1999; 23: 339–51.
- 78 – Scher C.D., Stein M.B.**
Developmental antecedents of anxiety sensibility.
J Anxiety Disord. 2003; 17: 253–69.
- 79 – Bifulco A., Moran P.M., Baines R. et al.**
Exploring psychological abuse in childhood II: Association with other abuse and adult clinical depression.
Bull Menninger Clin. 2002; 66: 241–58
- 80 – Mullen P.E., Martin J.L., Anderson J.C. et al.**
The longterm impact of physical, emotional, and sexual abuse of children: a community study.
Child Abuse Negl. 1996; 20: 7–21.
- 81 – Elkhail M., Benyaich H., Louahlia S. et al.**
Le praticien face à la maltraitance d'enfants.
Espérance médicale. 2004 ; 104 :198–201
- 82 – Charritat J.L., Legrain D., Mingot V. et al.**
Enfants maltraités et victimes de violences : fonctionnement de l'Unité d'accueil des jeunes victimes (UAJV) de l'hôpital d'enfants Armand-Trousseau.
J Pediatr Puericulture. 2006 ; 19 : 93–6
- 83 – Société francophone de médecine d'urgence. Conférence de consensus,**
Maltraitance : Dépistage, conduite à tenir aux urgences ;
Nantes Décembre 2004

- 84 – Meunier B., Nouyrigat V.**
Prise en charge initiale des enfants victimes de mauvais traitements.
EMC. 2004 ; 1 : 352-64
- 85 – Kos L., Shwayder T.**
Cutaneous manifestations of child abuse.
Pediatr Dermatol. 2006; 23:311-20.
- 86 – Truman P.**
Physical child abuse.
Nurs Stand. 2000, 14: 33-4
- 87 – Leventhal J.M., Larson A., Abdoo D. et al.**
Are abusive fractures in young children becoming less common?
Child Abuse Negl. 2007; 31: 311-22
- 88 – Manciaux M., Gabel M.**
Enfance en danger.
Ed. Fleurus, Paris ; 2002
- 89 – Stranzinger E., Kellenberger C.J., Braunschweig S.**
Whole-body STIR MR imaging in suspected child abuse: An alternative to skeletal survey radiography?
Eur J Radiol. 2007 ; Article in Press
- 90 – Gabel M., Lebovici S., Mazet P.**
Le traumatisme de l'inceste.
Ed. PUF ; 2002.
- 91 – Biron D.L., Shelton D.**
Functional time limit and onset of symptoms in infant abusive head trauma.
J Paediatr Child Health. 2007; 43:60-5.
- 92 – Kemp A.M.**
Investigating subdural haemorrhage in infants.
Arch Dis Child. 2002,86 : 98-102
- 93– Gosset D.**
Maltraitance à enfants,
Ed. Masson; 2nd édition, 1998.

- 94 – Barnes P.M., Norton C.M., Dunstan F.D. et al.**
Abdominal injury due to child abuse.
Lancet. 2005; 366:234–5
- 95 – Drouin R.D.**
Physical child abuse in Quebec: what is the role of the Dentist?
J Dent Que. 1991, 28: 472–7.
- 96 – Cairns A.M., Mok J.Y., Welbury R.R.**
Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting.
Int J Paediatr Dent. 2005 ; 15:310–8.
- 97– Jessee S.A.**
Child abuse and neglect curricula in North American dental schools.
J Dent Educ. 1995, 59: 841–3.
- 98 – Chana H.S., Klauss P.V.**
Ocular manifestations of child abuse
Community Eye Health. 2002; 15:11–2.
- 99 – Kemp A., Maguire S.A., Sibert J. et al.**
Can we identify abusive bites on children?
Arch Dis Child. 2006; 91:951.
- 100 – Wrennall L.**
Munchausen Syndrome by Proxy
Med Hypotheses. 2007; 68: 960–6
- 101 – Oehmichen M., Meissner C., Saternus K.S.**
Fall or shaken: traumatic brain injury in children caused by falls or abuse at home – a review on biomechanics and diagnosis.
Neuropediatrics. 2005; 36:240–5.
- 102 – Morphet J.**
Sudden infant death syndrome.
CMAJ. 2007; 176:1309
- 103 – Ludes B.**
Sérvices à enfants.
Rev Prat, 2002 ; 52 :729–32

- 104 – Alunni P., Hommage G., Ohayon P.**
Difficultés de diagnostic dans certains cas de violence à mineurs.
Journal de médecine légale et droit médical. 2000 ; 43 :253-7
- 105 – Mjid N., Zirari M.**
Code de la protection de l'enfant contre toutes formes de violences. Rapport du
Scrétariat d'Etat chargé de la famille, de l'enfance et des personnes handicapées.
Draft ; Août 2005
- 106 – Cordas R., Gauthier P., Fries F. et al.**
Protocole relatif à la prise en charge pluridisciplinaire en milieu hospitalier des mineurs
victimes de maltraitance. Centre hospitalier de Toulouse, France.
www.sante.gouv.fr ; 2004
- 107 – Berrada Gouzi A.**
Comprendre le Travail des Enfants au Maroc: Aspects Economiques.
Projet Conjoint BIT/IPEC–Unicef–BM ; Septembre 2002
- 108 – Nations Unies.**
Convention relative aux droits de l'enfant ; Réponse de l'Etat partie aux observations
finales et ablies par le comité des droits de l'enfant après l'examen du 2^{ème} Rapport
périodique.
*Secrétariat d'état chargé de la famille, de l'enfance et des personnes handicapées.
Novembre 2004*
- 109 – IPEC.**
L'action de l'IPEC contre le travail des enfants: Faits marquants 2006,
Genève ; Bureau international du Travail. 2007
- 110 – Nations Unies.**
Rapport des Nations Unies sur la violence à l'encontre des enfants.
Soixante et unième session, Nations Unies; août 2006
- 111 – Vazques P.**
Prise en charge pratique d'enfants victimes d'abus sexuel.
J pédiatr puériculture. 2001 ; 8.
- 112– Chabrol B., Fortin G., Bonnin A.C. Et al.**
Prise en charge et prevention de la maltraitance au Québec : programme de pédiatrie
socio-juridique de l'hôpital sainte-justine à Montréal.
Archiv Pédiatr. 1998 ; 5 :1366-70

113 – Delour M.

Les enfants maltraités aujourd'hui et l'idée du fœtus.

J pédiatr puériculture, 2001 ; 14 :325-7

114– Vulliamy A.P., Sullivan R.

Reporting child abuse: pediatricians' experiences with the child protection system.

Child Abuse Negl. 2000; 24 :1461-70.

115– Hoefnagels C., Mudde A.

Mass media and disclosures of child abuse in the perspective of secondary prevention: putting ideas into practice.

Child Abuse Negl. 2000; 24:1091-101.

116– OMS

Rapport : consultation sur la prévention de la maltraitance de l'enfant. Changements sociaux et santé mentale, Prévention de la violence et des traumatismes.

OMS, Genève. Mars 1999.

117 – Tang C.S.

Corporal punishment and physical maltreatment against children: A community study on Chinese parents in Hong Kong.

Child Abuse Negl. 2006; 30: 893-907

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=PublicationURL&_cdi=4886&_pubType=J&_auth=y&_acct=C000053505&_version=1&_urlVersion=0&_userid=2490757&md5=59632808fd51031c697b751efea689b0118

–

MacMillan

H.L.

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T1B-4G3KBWW-1&_user=2490757&_coverDate=05%2F27%2F2005&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_view=c&_acct=C000053505&_version=1&_urlVersion=0&_userid=2490757&md5=e745f8441525573181f43ed00d6220bc - cor1 <mailto:macmilnh@mcmaster.ca>, Thomas B.H., Jamieson E. et

al.

Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect: a randomised controlled trial.

The Lancet. 2005; 365: 1786-93

119 – Madu S.N., Peltzer K.

Risk factors and child sexual abuse among secondary students in the Northern Province (Afrique du Sud).

Child Abuse Negl. 2000, 24:259-68.

120 – Rapport de l'UNICEF

Un monde digne des enfants. Le Mouvement mondial en faveur des enfants (GMC)

www.gmfc.org/fr ; 2002

121 – ROYAUME DU MAROC–UNICEF

Plan d'Action National pour l'Enfant (PANE) 2006–2015 « Maroc digne de ses enfants ».
Royaume du Maroc. 2004

122 – UNICEF

Rapport d'évaluation : Évaluation du Programme de coopération Maroc–UNICEF.
Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), New York, Décembre 2004

قَسَمُ الطَّبِيبِ

أُقْسِمُ بِاَلْعَظِيمِ

أَن أَرَأَيْتَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي .

وَأَن أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كُلِّ طَوَارِفِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ وَالْأَحْوَالِ بِإِذْنِ اللَّهِ وَسَعِي فِي اسْتِنْقَازِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ وَالْأَلَمِ وَالْفَلَقِ .

وَأَن أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كَرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ .

وَأَن أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ ، بِإِذْنِ اللَّهِ رِعَايَتِي الطَّبِيبَةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ، لِلصَّالِحِ وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ .

وَأَن أَتَأَبَّرَ عَلَى طَلَبِ الْعِلْمِ، أُسَخِّرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ.. لَا لِأُذَاهِ .

وَأَن أُؤَوِّرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأُعَلِّمَ مَنْ يَصْغُرَنِي، وَأَكُونَ أَخًا لِلَّامِلِ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الطَّبِيبَةِ مُتَعَاوِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى .

وَأَن تَكُونَ حَيَاتِي مُصَدِّقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي ، نَفْيَةً مِّمَّا يُشِينُهَا تَجَاهَ اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَأَعْلَنُ مَا أَقُولُ شَهِيدًا