

ANDRIANIRINARISOA Zoly Mihaja Heritiana

**FRAPPER UN ENFANT AU QUOTIDIEN :
MALTRAITANCE OU FORME D'ÉDUCATION CHEZ LES MALGACHES ?**

Thèse de Doctorat en Médecine

**UNIVERSITE D'ANTANANARIVO
FACULTE DE MEDECINE**

ANNEE 2005

N°7317

**FRAPPER UN ENFANT AU QUOTIDIEN :
MALTRAITANCE OU FORME D'EDUCATION CHEZ LES MALGACHES ?**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 19 Août 2005
A Antananarivo
Par

Madame ANDRIANIRINARISOA Zoly Mihaja Heritiana
Née le 10 Septembre 1978 à Befelatanana

Pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

MEMBRE DU JURY :

Président : Professeur RATSIVALAKA RAZAFY

Juges : Professeur RAKOTOARIMANANA Denis Roland
Professeur RAMAKAVELO Maurice Philippe

Rapporteur : Docteur SOLOFOMALALA Gaëtan Duval

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO

FACULTE DE MEDECINE Année Universitaire 2004-2005

I- DIRECTION

A. DOYEN :

M. RAJAONARIVELO Paul

B. VICE-DOYENS

- | | |
|--|--|
| - Relations avec les Institutions et Partenariat | M. RASAMINDRAKOTROKA Andry |
| - Troisième Cycle Long et Formation Continue | M. RAJAONA Hyacinthe |
| - Scolarité (1 ^{er} et 2 nd cycles) | M. RANAIVOZANANY Andrianady
M. RAKOTOARIMANANA Denis Roland |
| - Ressources Humaines et Patrimoine | M. RAMAKAVELO Maurice Philippe |
| - Relations Internationales | M. RAKOTOBE Pascal |
| - Thèses, Mémoires, Recherche, Agrégation, Titularisation | M. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa |
| - Appui à la Pédagogie et Stages Hospitaliers | M. RANJALAHY RASOLOFOMANANA
Justin |
| - Troisième Cycle Court
(Stage interné et Examens de Clinique) | M. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA
Nantenaina Soa |
| - Technologies de l'Information, de la Communication et de la Télémédecine | M. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa |

C. SECRETAIRE PRINCIPAL

Mme RASOARIMANALINARIVO Sahondra H.

II- PRESIDENT DU CONSEIL D'ETABLISSEMENT

M. RAKOTOVAO Joseph Dieudonné

III- CHEFS DE DEPARTEMENT

- | | |
|-------------|-----------------------------------|
| - Biologie | M. RASAMINDRAKOTROKA Andry |
| - Chirurgie | M. RANAIVOZANANY Andrianady |
| - Médecine | M. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa |

- Mère et Enfant

Mme. RAVELOMANANA
RAZAFIARIVAO Noëline

- Santé Publique

M. RANJALAHY RASOLOFOMANANA
Justin

- Tête et cou

Mme. ANDRIANTSOA
RASOAVELONORO Violette

IV. PRESIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE

M. RAJAONARIVELO Paul

V. COLLEGE DES ENSEIGNANTS

A. PRESIDENT

Pr. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

B. ENSEIGNANTS PERMANENTS

1) PROFESSEURS TITULAIRES D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- Immunologie

Pr. RASAMINDRAKOTROKA Andry

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Endocrinologie et métabolisme

Pr. RAMAHANDRIDONA Georges

- Médecine Légale

Pr. SOAVELO Pascal

- Néphrologie

Pr. RAJAONARIVELO Paul
Pr. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa

- Pneumologie-Phtisiologie

Pr. ANDRIANARISOA Ange

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Pédiatrie néonatale

Pr. RANDRIANASOLO Olivier

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- | | |
|---------------------------------------|--|
| - Administration et Gestion Sanitaire | Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO
Henriette |
| - Education pour la Santé | Pr. ANDRIAMANALINA Nirina |
| - Médecine du travail | Pr. RAHARIJAONA Vincent Marie |
| - Santé Communautaire | Pr. RANDRIANARIMANANA Dieudonné |
| - Santé Familiale | Pr. RANJALAHY RASOLOFOMANANA
Justin |
| - Santé Publique et Recherche | Pr. ANDRIAMAHEFAZAFY Barrysson |
| - Statistiques et Epidémiologie | Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie |

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- | | |
|--------------------------|--|
| - Anatomie Pathologique | Pr. GIZY Ratiambahoaka Daniel
Pr. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA
Nantenaina Soa |
| - Anesthésie-Réanimation | Pr. FIDISON Augustin
Pr. RANDRIAMIARANA Joël |

DEPARTEMENT TETE ET COU

- | | |
|--|---|
| - Ophtalmologie | Pr. ANDRIANTSOA RASOAVELONORO
Violette
Pr. BERNARDIN Prisca |
| - ORL et Chirurgie Cervico-faciale | Pr. RABENANTOANDRO Casimir |
| - Stomatologie | Pr. RAKOTOVAO Joseph Dieudonné |
| - Stomatologie et Chirurgie
Maxillo-faciale | Pr. RAKOTOBÉ Pascal |

2) PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- | | |
|-------------|--------------------------|
| - Biochimie | Pr. RANAIVOCHARISOA Lala |
|-------------|--------------------------|

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- | | |
|------------------------------------|--|
| - Dermatologie | Pr. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa |
| - Radiothérapie-Oncologie Médicale | Pr. RAFARAMINO RAZAKANDRAINANA Florine |

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Pédiatrie

Pr. RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO
Noëline
Pr. RAOBIJAONA Solofoniaina Honoré

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Nutrition et Alimentation

Pr. ANDRIANASOLO Roger

DEPARTEMENT TETE ET COU

- Neuro-Chirurgie

Pr. ANDRIAMAMONJY Clément

- Ophtalmologie

Pr. RASIKINDRAHONA Erline

3) MAITRES DE CONFERENCES

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Obstétrique

M. RAZAKAMANIRAKA Joseph

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Santé Publique

M. RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

VI- ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

PROFESSEURS EMERITES

Pr. ANDRIAMANANTSARA Lambosoa
Pr. ANDRIAMBAO Damasy Seth
Pr. ANDRIANAIVO Paul Armand
Pr. ANDRIANANDRASANA Arthur
Pr. ANDRIANJATOVO Joseph
Pr. AUBRY Pierre
Pr. KAPISY Jules Flaubert
Pr. RABARIOELINA Lala
Pr. RABETALIANA Désiré
Pr. RADESA François de Sales
Pr. RAHAROLAHY Dhels
Pr. RAJAONA Hyacinthe
Pr. RAKOTOARIMANANA Denis Roland
Pr. RAKOTOMANGA Robert
Pr. RAKOTOMANGA Samuel
Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA Suzanne U

Pr. RAKOTOZAFY Georges
Pr. RAMAKAVELO Maurice Philippe
Pr. RAMONJA Jean Marie
Pr. RANAIVOZANANY Andrianady
Pr. RANDRIAMAMPANDRY
Pr. RANDRIAMBOLOLONA Aimée
Pr. RANDRIANARIVO
Pr. RANDRIARIMANGA Ratsiatery
Honoré Blaise
Pr. RASOLOFONDRAIBE Aimé
Pr. RATOVO Fortunat
Pr. RATSIVALAKA Razafy
Pr. RAZANAMPARANY Marcel
Pr. SCHAFFNER RAZAFINDRAHABA
Marthe
Pr. ZAFY Albert

VII - IN MEMORIAM

Pr. RAJAONERA Richard	Pr. RAKOTOVAO Rivo Andriamiadana
Pr. RAMAHANDRIARIVELO Johnson	Pr. RAVELOJAONA Hubert
Pr. RAJAONERA Frédéric	Pr. ANDRIAMAMPIHANTONA Emmanuel
Pr. ANDRIAMASOMANANA Velson	Pr. RANDRIANONIMANDIMBY Jérôme
Pr. RAKOTOSON Lucette	Pr. RAKOTONIAINA Patrice
Pr. ANDRIANJATOVO RARISOA Jeannette	Pr. RAKOTO- RATSIMAMANGA Albert
Dr. RAMAROKOTO Razafindramboa	Pr. RANDRIANARISOLO Raymond
Pr. RAKOTOBÉ Alfred	Dr. RABEDASY Henri
Pr. ANDRIAMIANDRA Aristide	Pr. MAHAZOASY Ernest
Dr. RAKOTONANAHARY	Pr. RATSIFANDRIHAMANANA Bernard
Pr. ANDRIANTSEHENO Raphaël	Pr. RAZAFINTSALAMA Charles
Pr. RANDRIAMBOLOLONA Robin	Pr. RANAIVOARISON Milson Jérôme
Pr. RAMANANIRINA Clarisse	Pr. RASOLONJATOVO Andriananja Pierre
Pr. RALANTOARITSIMBA Zhouder	Pr. MANAMBELONA Justin
Pr. RANIVOALISON Denys	Pr. RAZAKASOA Armand Emile
	Pr. RAMIALIHARISOA Angeline

VIII - ADMINISTRATION

CHEFS DE SERVICES

ADMINISTRATION ET FINANCES	M. RANDRIARIMANGA Henri
APPUI A LA RECHERCHE ET FORMATION CONTINUE	M. RAZAFINDRAKOTO Willy Robin
RELATIONS AVEC LES INSTITUTIONS	M. RAMARISON Elysée
RESSOURCES HUMAINES	Mme RAKOTOARIVELO Harimalala F.
SCOLARITES ET APPUI A LA PEDAGOGIE	Mme SOLOFOSAONA Sahondranirina
TROISIEME CYCLE LONG ET FORMATION CONTINUE	M. RANDRIANJAFIARIMANANA Charles Bruno

DEDICACE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

« CAR LA REUSSITE N EST JAMAIS LE FRUIT DU HASARD »

« JE T'ENSEIGNERAI LA VOIE DE LA SAGESSE,
JE TE DIRIGERAI DANS LES CHEMINS DE LA DROITURE »

Proverbe 4.11

Je dédie cette thèse à :

- *DIEU TOUT PUISSANT :*

« Misaora an'i Jehovah ry fanahiko, ary izay rehetra ato anatiko, misaora ny Anarany masina »

« Fa na talenta, na fahaizana, na saina, sy izay rehetra nentiko nampiasaina, dia ho voninahitrao... ; fa sy misy na iray aza avy amiko, fa Anao ireny nonindramiko » ;

De Henri Ratsimbazafy.

- *Dada sy Neny :*

« Au fruit, on reconnaît ses racines » ; vous qui étiez toujours présents pour moi ; vos sacrifices et vos soutiens m'ont permis de m'en sortir tout au long de ces longues années d'étude médicale. Puissez-vous trouver dans ce modeste travail le fruit de vos efforts et le témoignage de tout mon amour. »

- *Ndretsa :*

« Quel être pourrait prétendre se suffire ? Je n'y suis jamais arrivé sans toi. Que ce travail te donne la joie d'une œuvre accomplie. Merci de ton soutien infaillible et de ton amour. »

- *Hajaina, la petite puce de Neny,*

« Depuis ton arrivée, ma vie s'est illuminée. J'ai enfin compris à quoi me servaient tous ces efforts et toutes ces sacrifices. Ton sourire, tes rires et tes petites inquiétudes pour Neny me font sentir le plus grand de tous les bonheurs ! » Merci d'être avec Neny, mon trésor.

- *A ma grand-mère paternelle et à la mémoire de mes regrettés grands-parents ;*

« Les études sont le meilleur héritage que vous nous avez légués. Merci de nous avoir inculqué ces valeurs »

- *A Herizo, Lova et Mi :*

« Bien faible témoignage de ma profonde affection » ; Merci pour tout ! Cette réussite est aussi la vôtre.

- *A mes beaux parents, ma belle sœur et mon beau-frère :*

« Tsy misy manana ny ampy fa sambatra izay mifanampy »

- *A mes amis de la promotion en particulier Andy, Hanitra, Ony, Holy, Rivo...*

Amitiés sincères et durables.

- *A ma promotion VAHIN'ALA ; En guise des années passées ensemble.*

- *A toute ma famille et ma belle famille*

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

- ❖ A tout le personnel du *LARTIC*

- ❖ A Madame le Docteur *ROBINSON Annick Lalaina* ; pour son engagement, sa participation à l'enquête la conception et la réalisation de ce travail. « Merci beaucoup Docteur. »

- ❖ A l'association *REMEDE* pour sa participation à l'enquête.

- ❖ A tout le personnel administratif des différents sièges et organisations qui nous ont reçu aimablement lors de notre passage ; entre autres : *La direction de l'enfance (MINPOP) ; Brigade des mœurs et des mineurs Tsaralàlana ; Assistance sociale, porte 20 Tribunal Anosy ; Juges des enfants porte 15-17 (tribunal Anosy) ; l'UNICEF ; l'ONG LES ENFANTS DU SOLEIL Itaosy....*

- ❖ UN GRAND MERCI à tous *ceux* qui ont participé de quelque manière que ce soit à la réalisation de cette thèse.

A NOTRE PRESIDENT ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur RATSIVALAKA RAZAFY
Professeur titulaire à la Faculté de Médecine d'Antananarivo
Directeur pédagogique au CHRP de Toamasina
Grand Croix de l'Ordre Nationale malgache

« Qui nous a fait l'honneur d'accepter de présider notre thèse. Votre patience et vos précieuses directives nous ont permis de ressentir tout l'intérêt que vous avez accordé à notre travail. Recevez l'assurance de notre haute considération. »

A NOS MAITRES ET HONORABLES JUGES DE THESES

Monsieur le Docteur RAKOTOARIMANANA Denis Roland
Professeur Emérite en Pédiatrie et Hématologie à la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Monsieur le Docteur RAMAKAVELO Maurice Philippe
Professeur Emérite en Médecine Préventive- Hygiène et Santé Publique
A la Faculté de Médecine d'Antananarivo

« Qui ont accepté de juger ce travail et nous honorent par leur présence parmi les membres de notre jury ; Permettez –nous de vous exprimer nos sincères remerciements. »

A NOTRE RAPPORTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur SOLOFOMALALA Gaëtan Duval
Chirurgien des Hôpitaux
Chef de clinique en Traumatologie et Orthopédie à la Faculté de Médecine d'Antananarivo

*« Qui est à l'origine de ce travail ;
Qui n'a pas ménagé ses efforts malgré ses nombreuses occupations
Et qui nous a donné le meilleur de lui-même dans la réalisation de cette étude.
Nos remerciements les plus sincères. »*

A NOTRE MAITRE ET DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE
D'ANTANANARIVO

Monsieur le Professeur RAJAONARIVELO Paul

« Notre vive admiration et l'expression de toute notre gratitude »

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DES
HOPITAUX

« Qui nous ont donné Le meilleur d'eux-memes pour faire de nous de bons
praticiens . Tout notre respect et notre vive reconnaissance. »

AU PERSONNEL DE LA FACULTE DE MEDECINE D'ANTANANARIVO

« Vive reconnaissance ! »

A TOUS CEUX QUI ONT CONTRIBUE DE PRES OU DE LOIN A LA
REALISATION DE CE TRAVAIL

« Trouver ici notre grande reconnaissance et nos vifs remerciements. »

SOMMAIRE

SOMMAIRE

	Page
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : RAPPELS SUR LA MATRAITANCE	
I- DEFINITIONS ET GENERALITES	2
II- EPIDEMIOLOGIE	3
III- FACTEURS DE RISQUES	4
1- Facteurs de risque liés aux parents	
2- Facteurs de risque liés aux enfants	
3- Facteurs de risque environnementaux	
IV- DIAGNOSTICS	6
IV-1- LE DIAGNOSTIC CLINIQUE	6
1- L'interrogatoire	
2- Les signes physiques	
a- Les lésions cutanées	
b- Les lésions osseuses	
c- Les lésions viscérales	
d- Les lésions oculaires	
e-	
IV-2- LE DIAGNOSTIC PARACLINIQUE	11
IV-3- LES FORMES CLINIQUES	12
IV-4- DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS	16
V- TRAITEMENT	
A- TRAITEMENT CURATIF	18
B- TRAITEMENT PREVENTIF	20
C- SURVEILLANCE	22
DEUXIEME PARTIE : MATERIELS ET METHODES	23
1- Les enquêtes	23
1-1- Les enquêtes directives	23
1-2- Les enquêtes semi directives	25
2- Cadre d'étude	26
3- Recherche de sources documentaires	27
4- Limites de l'étude	27

TROISIEME PARTIE : RESULTATS	28
I- ENQUETES DIRECTIVES	28
1- Facteurs de risque de maltraitance liés aux parents	28
2- Facteurs de risque de maltraitance liés aux enfants	31
3- Manière de frapper les enfants	33
4- Idées des parents	35
II- ENQUETES SEMI DIRECTIVES	36
1- Brigade des mœurs te des mineurs	
2- Ministère de la Justice	
3- Ministère de la Population	
4- UNICEF	
5- Ministère de la Santé et du Planning familial	
6- Les organisations Non Gouvernementales	
QUATRIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	43
CINQUIEME PARTIE : SUGGESTIONS	50
CONCLUSION	51

LISTE DES ABREVIATIONS

HSD	:	Hématome sous dural
HED	:	Hématome extra-dural
ONG	:	Organisations Non Gouvernementales
UNICEF	:	The United Nations Children's Fund
	:	Pour cent
NFS	:	Numération Formule Sanguine
IRM	:	Imagerie par Résonance Magnétique
HIV	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine
FR	:	Fréquence Respiratoire
FC	:	Fréquence Cardiaque
TA	:	Tension Artérielle
IOE	:	Investigation et Orientation Educative
AEMO	:	Assistance Educative en Milieu Ouvert
EPP	:	Ecol Primaire Publique
INSTAT	:	Institut National de Statistique
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
HJRA	:	Hopital Joseph Ravoahangy Andrianavalona
BMH	:	Bureau Municipal d'Hygiene
CISCO	:	Circonscription Scolaire
CSB	:	Centre de Santé de Base
SMIG	:	Salaire Minimum Interprofessionel Garanti

INTRODUCTION

« Ma mère apparaît souvent pour me prendre par les oreilles et me calloter. C'est pour mon bien ; ainsi, plus elle m'arrache de cheveux, plus elle me donne des taloches plus je suis persuadé qu'elle est une bonne mère et que je suis un enfant ingrat.» écrivait Jules Vallès dans son livre intitulé « L'Enfant ». (1)

Chaque enfant, à sa naissance, bénéficie de liberté fondamentale et de droit inhérents à tous les êtres humains. Chaque enfant pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, doit grandir dans un milieu familial, dans un climat de bonheur, d'amour et de compréhension. (2)

Les parents sont les éducateurs naturels des enfants. Parfois c'est au sein de ce milieu naturel que l'enfant rencontre des « dangers ».

Notre étude, intitulée : « Frapper un enfant au quotidien : maltraitance ou forme éducationnelle chez les malgaches ? » présente quelques intérêts particulières :

- premièrement, du point de vue social, elle va essayer de confronter notre système éducationnel au « danger » que font face chaque jour nos enfants ;
- secondairement, d'un point de vue médical, elle identifie les formes physiques de mauvais traitements de l'enfant et propose les grandes lignes de prise en charge qu'on doit apporter à un enfant maltraité;
- d'un point de vue juridique, elle revalorise les droits de protection réservés aux enfants dans leur famille mais également dans notre société.

C'est une étude originale basée sur une enquête auprès des parents concernant leur conception sur le fait de frapper un enfant en essayant surtout de dégager les facteurs de risques de maltraitance liés aux parents, ceux liés aux enfants et toute sorte d'idée tournant autour de ce fléau ainsi que les différentes lésions traumatiques causées par cet acte et leur siège.

Notre travail va se diviser en quatre parties :

- Une première partie concernant au rappel sur la maltraitance ;
- Une deuxième partie consacrée aux matériels et méthodes ;
- Une troisième partie qui traite les résultats ;
- Une quatrième partie de discussions et commentaires ;
- Quelques suggestions seront proposées avant la conclusion.

PREMIERE PARTIE
RAPPELS SUR LA MALTRAITANCE

I- DEFINITIONS ET GENERALITES

La maltraitance des enfants se définit comme toute forme de violence : physique ou psychologique, par excès ou défaut : abus ou négligence, qu'exerce une personne éducateur ou parents, sur un enfant âgé de moins de 18 ans. (2)

Un enfant est dit maltraité lorsqu'il subit des violences, des brutalités physiques, mentales ou sexuelles de la part de ses parents ou d'autres adultes qui s'occupent de lui ; ou également qu'il soit victime d'abandon, de négligence ou de privation. (2)

Définition des différentes formes de maltraitance :

La maltraitance d'enfant est polymorphe :

1- La maltraitance psychologique : définie comme étant des actes de sadisme, cruauté mentale, humiliation, brimade, rejet, refus affectif, exigences non adaptées à l'âge et au développement de l'enfant, la corruption ; de façon prolongée et répétée.

2- La maltraitance physique : représentée par tout acte de violence : coups, blessure, brûlure, empoisonnement, secousses,...

3- Les sévices sexuelles : inceste, viol, attentat à la pudeur, utilisation d'enfant à des fins pornographique ou prostitution. Tout cela se résume à toute activité sexuelle non appropriée pour l'âge et le développement à laquelle l'enfant est incité à participer avec ou contre son gré, par une autre personne en situation d'autorité ou utilisant des manipulations physiques, affectives ou matérielles, quelque soit son sexe, dans un but de gratification sexuelle de l'agresseur.

4- Les négligences lourdes : c'est le fait de priver l'enfant d'alimentation, de soins, d'hygiènes, de surveillances et de protection aux quels il a droit. (3)

Cela peut être également une inadéquation de la famille aux besoins de l'enfant : physiques (alimentation, habillement, soins médicaux, prévention, sécurité de l'environnement) ou affectifs (besoin de sécurité) ou social (education, socialisation, instruction). (4)

II- EPIDEMIOLOGIE

Cette violence sur nos enfants existait depuis toujours dans notre société. Elle a même une tendance nettement croissante ces dernières années. Dans le monde, presque 75000 enfants par an sont déclarés victimes de mauvais traitements dont 2 en décèdent chaque jour. C'est devenu un problème de santé publique. (2)

En France, en 1997, 82.000 enfants étaient estimés victimes de sévices. Les $\frac{3}{4}$ à risque et le $\frac{1}{4}$ réellement maltraités. Parmi ces derniers, il s'agit de violences physiques dans 1/3 des cas, de négligences graves et de violences psychologiques dans 1/3 et d'abus sexuel dans le 1/3 restant.

L'âge des enfants peut aller de 3 jours à 11ans, avec un âge moyen de 22 mois. Le sexe ratio est de 1 c'est à dire que les filles sont autant touchées que les garçons. Les familles ayant un niveau de vie moyen ou bas sont les plus touchées, ainsi que les parents maltraités dans leur enfance devenant à leur tour maltraitants. En effet, 80 pour cent de ces enfants maltraités maltraiteraient leurs enfants. (2)

On s'aperçoit donc qu'il s'agit là d'un véritable fléau pour ne pas dire une vraie maladie de la civilisation.

A Madagascar, la violence envers les enfants se rencontre également. On a recueilli auprès de la Police des enfants au sein du Brigade criminel à Anosy, de Novembre 2004 en Mars 2005 128 cas de maltraitance. Les enfants ages de 2 ans sont les plus touchés.

La statistique recueillie auprès des juges des enfants du tribunal d'Anosy révèle que les coups et blessures infligés à l'enfant et à mineur sont les plus déclarés à leur niveau : 36 cas de coups et blessures en 2004 et 26 cas depuis Janvier 2005.

Les quartiers de Tananarive les plus touchés sont entre autres Anosibe, Andranomanalina, Andravoahangy, Manjakaray, Andohatapenaka, Analakely...

On y a enregistré également 22cas d'attentat à la pudeur ; des cas de délaissement de mineur ; des cas de viol ; d'incitation à la débauche ; d'actes impudiques sur des enfants mineurs.

III- FACTEURS DE RISQUE

Il n'est pas toujours possible de faire la part entre un comportement volontaire et un accident. La présence d'éléments intentionnels dans les comportements des parents n'implique toujours pas l'absence d'éléments accidentels. D'autant plus qu'un événement ou un comportement qui paraît accidentel peut être déterminé par des éléments intentionnels inconscients.

La notion de sévices est variable selon les cultures, les coutumes ethniques. Le droit de correction parentale étant reconnu dans la plupart des pays. Il est souvent difficile de situer la limite entre mauvais traitement et correction autorisée.

Pour les sévices par omission, la difficulté réside en ce que les conditions socio-économiques défavorables peuvent aboutir aux mêmes conséquences physiques que des négligences intentionnelles.

Une autre difficulté est dans le fait qu'il est impossible d'éliminer l'élément subjectif dans l'appréciation des cas, cet élément qui dépend de la psychologie ; de normes éducatives et de la formation professionnelle de chaque personne amenée à s'occuper de l'enfant suspect de mauvais traitements. (5)

On attribue toutefois des facteurs de risque de mauvais traitements :

1-FACTEURS LIES AUX PARENTS

Cela peut être :

- ❖ une mère à bas âge, le faible niveau d'éducation de la mère, des parents maltraités dans leur enfance ou ayant eu des carences affectives ;
- ❖ un placement itératif des parents dans leur enfance ;
- ❖ troubles psychiatriques des parents : se rencontre dans 10% des parents maltraités : schizophrénie, paranoïa, perversion...Ce sont des troubles équivalant à des déficiences mentales ou de pathologies psychiatriques.
- ❖ troubles épisodes du psychisme : alcoolisme, toxicomanie, psychose puerpérale, dépression ou mélancolie surtout chez la mère.
- ❖ On reconnaît également des traits de personnalité caractéristiques comme l'immaturation affective, l'indifférence à l'état de santé de l'enfant, la rigidité...

- ❖ La structure du couple est aussi un critère irrévocable. Il s'agit souvent d'une famille monoparentale ou en conflit conjugal ; un couple recomposé qui constitue un risque élevé de survenue de maltraitance.
- ❖ Le déroulement de la grossesse est un profil à ne pas méprendre : souvent il s'agit de grossesse non ou mal suivie, non déclarée, non désirée (issue de viol). Ou de déni de grossesse ; un désir d'interruption tardif qui n'aboutit pas ; une grossesse marquée par un traumatisme psychoaffectif par exemple un deuil récent, une épisode psychiatrique...ou bien une pathologie obstétricale mettant la mère dans un état d'épuisement psychique ; mais surtout l'installation précoce de mauvaise relation entre la mère et l'enfant.

2-LES FACTEURS LIES À L'ENFANT

C'est le plus souvent :

- une déception de la mère : l'image qu'elle projette à l'enfant n'est pas ce qu'elle obtient à la naissance ;
- une prématurité
- une gémellité
- une séparation précoce et/ou prolongée entre l'enfant et ses parents
- un trouble du comportement : agitation, trouble de la miction, trouble du comportement alimentaire qui fait que les parents considèrent l'enfant comme 'difficile'.

3-FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

31-Facteurs socio-économiques

- _ Les familles isolées, déracinées ou les familles ayant subi un changement culturel trop important ;
- dans certaines cultures : travaux ménagers excessifs, châtiments corporels...

32-Facteurs économiques :

Les mauvais traitements concernent toutes les classes sociales mais surtout dans les familles où l'un ou les deux parents sont en chômage, instabilité professionnelle, manque de ressources, logement inadéquat...

33-Facteurs institutionnels :

Cela met en cause les personnes ayant autorité sur l'enfant : le personnel soignant, les éducateurs, la famille d'accueil, l'enseignant...et concernent le plus souvent les enfants handicapés ou ayant des difficultés psychologiques ou un trouble de l'adaptation sociale.(6)

On reconnaît également quelques facteurs déclenchants :

- Des facteurs déclenchants prévisibles : le stress, la fatigue, les difficultés professionnelles...
- Des facteurs imprévisibles comme une rupture brutale de l'équilibre sociale, psychique ou de santé. (7)

IV -DIAGNOSTICS.

Le diagnostic médical de maltraitance procède du même raisonnement que n'importe quel syndrome médical. Un enfant présente une association de symptômes qui doivent faire évoquer une maltraitance alors que, pris isolément, ils ne sont pas spécifiques.

IV-1-LE DIAGNOSTIC CLINIQUE :

On a pris comme type de description le syndrome de Silverman. Il s'agit de l'ensemble des manifestations résultant de l'agression d'un enfant par une tierce personne, le plus souvent celle de son entourage : parent, famille proche.

Le diagnostic se fait :

1-1- A L INTERROGATOIRE

Elle révèle auprès des accompagnants de l'enfant ou de l'enfant si l'enfant est en âge de parler :

- une négation de traumatisme

Ou un aveu d'un traumatisme sans rapport avec la nature ou l'importance des lésions.

- une contradiction d'un interrogatoire à un autre ;
- une discordance entre l'interrogatoire du père et de la mère, parfois de la nourrice ;
- une facilité avec laquelle on évoque la responsabilité d'un tiers (membre de la fratrie ou animal) ou un comportement de l'enfant ;
- un trouble de l'équilibre, une fragilité capillaire qui n'est pas retrouvé à l'examen de l'enfant.

Ces signes sont des bons éléments du diagnostic. Il faut savoir qu'un interrogatoire direct et précis des familles ou de la nourrice est ressenti comme accusateur mais n'aboutit en général à aucun résultat. Il rend habituellement impossible tout acte de traitement ultérieur au sein de la famille. (5)

Il renseigne également sur :

- les circonstances du traumatisme : heure de survenue, mécanisme et motif ;
- l'âge de l'enfant, sa place dans la fratrie, son niveau intellectuel, son sexe...
- les antécédents personnels de l'enfant : handicap physique mais surtout mental ; une prématurité, de multiples consultations aux urgences à des heures nocturnes ou vespérales ; des hospitalisations ou séparations prolongées ; des troubles du comportement comme agitation, pleurs incessants, troubles du sommeil ;
- les antécédents familiaux : notion de violence dans la famille, parents suivis en psychiatrie, toxicomanie ou alcoolisme...
- des données d'une enquête socio-économique et culturelle dans la famille. (4)

1-2- LES SIGNES PHYSIQUES

Ces signes regroupent :

a) Les lésions cutanées :

Elles sont présentes dans 90% des cas et presque chez tous les enfants maltraités.

Ce sont :

***les ecchymoses et les hématomes** : ils sont multiples et d'âge différents. Leur localisation est au niveau du visage, des lombes, des fesses, des joues ; aux endroits dits inhabituels pour des traumatismes.

***les plaies** : elles sont polymorphes et variables :

- *linéaires* : elles sont dues à des instruments tranchants, à des coups de fouet, des morsures, des griffures et des brûlures
- *sillons circulaires* : par contention ou par brûlures étendues, immersion dans un bain brûlant ; souvent au niveau des fesses, périnée et des membres inférieurs.

***les plaies et brûlures endo-buccales** : se voient chez des enfants ayant des troubles de l'alimentation.

***l'alopecie** : pseudo peladique ou raréfaction des cheveux par arrachements brutaux et répétés.

-b) Les lésions osseuses :

Elles sont fréquentes et souvent particulières chez le nourrisson ; Ce sont des fractures d'âges différents, le plus souvent négligées et se répartissent en :

- a- *fractures diaphysaires*
- b- *fractures metaphysaires*
- c- *décollement périosté avec hématomes sous-périostés*

Les 2 derniers aspects s'expliquent par la structure de l'os en croissance et par les mécanismes que l'on pense être responsables de ces fractures.

L'arrachement métaphysaires : le périoste à l'âge du nourrisson est solidement fixé par ses fibres sur la métaphyse et le cartilage epiphysaires des os longs. Lors de traumatismes indirects par torsion, élongation, broiement, striction forcée au niveau de l'articulation, ces fibres très solides ne sont pas déchirées mais arrachant les fragments de métaphyse de façon +/- importante ; Ce sont des arrachements metaphysaires cunéiformes ou des arrachements metaphysaires complets.

Le décollement périosté avec hématome sous-périostée : le périoste est un tissu très vascularisé. Les fractures diaphysaires non immobilisées sont à l'origine d'une hémorragie sous-périostée qui va se pendre un volume considérable si les traumatismes se répètent. Ces hématomes finissent par se calcifier de dedans en dehors et réalisent ainsi un véritable manchon sous-périostés. Bien immobilisées, ces fractures consolident sans problème et laissent très peu de séquelles. (5)

On rencontre également des fractures de l'arc postérieur des côtes, une fracture sternale ou celle de l'acromion avec un arrachement de l'extrémité de la clavicule ; des fractures des épineuses et des apophyses transverses des vertèbres, ainsi que des embarrures occipitales.

Ce sont des fractures très évocatrices de sévices à enfants. (8)

A part les lésions squelettiques, les lésions osseuses regroupent aussi les lésions crâniennes. Ce sont les plus mortelles et les plus fréquentes chez les enfants maltraités. Les fractures des os du crâne sont de mécanisme direct. Le siège est surtout occipital et le type complexe.

Les hématomes sous durs sont les plus fréquents chez les enfants d'âge inférieur à 2 ans. Ils peuvent être aigus ou chroniques. Le mécanisme résulte de l'augmentation de la pression veineuse intra-crânienne secondaire aux cris et par la compression thoracique chez des enfants dits secoués. (3)

La symptomatologie est caractéristique. On rencontre :

- une augmentation du volume du crâne,
- des crises convulsives,
- des vomissements,
- des troubles de la conscience,
- une hémorragie de la rétine

Faire le diagnostic d'un hématome sous-dural chez un nourrisson doit faire rechercher l'origine du traumatisme. Celle-ci est évidente lorsqu'il existe des fractures du crâne, des os longs ou des côtes avec des hématomes associés.

Que ce soit un traumatisme crânien direct ou des secousses, une hémorragie méningée et des contusions cérébrales +/- étendues peuvent également se voir. Le pronostic est grave mettant en jeu la vie à court terme et laissant des séquelles définitives entre autre neurologiques, sensorielles et psychologiques. (5)

Les hématomes extraduraux sont rares.

c) Les lésions viscérales :

Elles sont rares voire exceptionnelles chez un enfant maltraité. Elles sont à type de rupture ou de fissuration hépatique, splénique ou rénale. De cet ordre, elles sont graves et mortelles. On rencontre également des traumatismes abdominaux siégeant au niveau de la région médiane à savoir : duodénale, pancréatique, jejuno-iléale, mésentérique. Ceci est fortement évocateur de maltraitance car les régions plus latérales sont plutôt atteintes par des traumatismes accidentels.

d) Les lésions oculaires :

Elles sont contemporaines d'un hématome sous-dural ou dans une situation d'hyperpression veineuse abdominale ou thoracique du fait de strangulation. Elles sont à type d'hémorragie rétinienne bilatérale, superficielle ou profonde et dont la sévérité est fonction du traumatisme. Egalement, un œdème ou ecchymose peri-orbitaire, hémorragie conjonctivale, hyphema par choc direct et violent au niveau de l'œil, une anisocorie, un œdème papillaire ou même une paralysie des nerfs oculomoteurs. (6)

IV-2- LE DIAGNOSTIC PARACLINIQUE

Il est souvent complémentaire de la clinique.

Il regroupe :

- Les examens biologiques dont quelques uns doivent être systématiques devant un cas de maltraitance. Ce sont : la NFS, l'étude de la crase sanguine avec dosage du facteur XIII, le dosage des transaminases, la recherche de toxique.
- L'examen du fond d'œil se fait à la recherche d'hémorragie rétinienne.
- Les examens radiologiques comportant :
 - *la radiographie conventionnelle ou radiographie standard* : cela doit être réalisée dès que possible et comprend le squelette entier de l'enfant. Elle aide à déterminer le siège, le type mais surtout l'âge des différentes fractures.
 - *L'échographie* qui à type trans fontanellaire pose le diagnostic d'hémorragie méningée et de contusions cérébrales chez les nourrissons maltraités. Une échographie abdominale aide à identifier les lésions viscérales hépatiques, spléniques, pancréatiques, rénales et les éventuelles lésions des organes génitaux.
 - *La scintigraphie osseuse* a pour avantage de diagnostiquer les lésions osseuses minimales et récentes. Elle peut être faite en première intention chez des enfants asymptomatiques et d'âge inférieur à 2 ans. Elle oriente également dans ces cas de figure les clichés de radiographie standard. Dans les autres cas, elle confirme le doute diagnostique des lésions en dehors des zones métaphysaires.
 - *Le scanner* peut concerner le crâne et/ou l'abdomen. Il apporte des précisions sur le siège et l'étendue des lésions.
 - *L'IRM ou imagerie par résonance magnétique*, surtout celle du crâne connaît des succès dans le diagnostic des traumatismes crâniens dans les sévices à enfants. Elle permet à la fois de voir et de dater les lésions. (6)

IV-3-LES FORMES CLINIQUES

A- LE SYNDROME DES ENFANTS SECOUES

Son diagnostic est plus difficile surtout lorsque les séquelles neurologiques sont isolées. Il s'agit de secousses violentes et qui entraîne la rupture des « veines ponts » du fait de l'inégalité entre la force des muscles du cou qui est faible et le poids de la tête qui est élevé. Cela entraîne un ballotement de la tête dans tous les sens. Ces veines ponts sont en fait des petites formations allant du cerveau à la dure-mère. (5)

La symptomatologie rassemble : somnolence, irritabilité, crises convulsives, trouble de la conscience, vomissements, mauvaise prise alimentaire et au pire une apnée. Des cas graves montrent un malaise grave et même une mort subite par contusions cérébrales avec ou sans hémorragies sous-durales ou sous-arachnoïdiennes secondaires à des mouvements brutaux de rotation et de translation de la tête de l'enfant. (6)

B- L'ABUS SEXUEL

C'est défini comme la participation d'un enfant ou d'un adolescent à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriés à son âge et à son développement psycho-sexuel, sous la contrainte ou non et par la violence, la séduction ou la transgression des tabous sociaux. (4)

Il s'agit le plus souvent de jeunes filles qui risquent à la longue des séquelles psychologiques graves comme des troubles généraux du comportement (sommeil difficile, fugue, tentative de suicide, repli sur soi, agressivité, phobie de contact physique, terreur ou corruption ...)

Ou de troubles du comportement sexuel : masturbation excessive, propos inappropriés pour l'âge, abus sexuel sur d'autres enfants. (6)

Et cela sans parler des difficultés scolaires et de la relation sociale. L'abus sexuel peut entraîner également des pathologies de la personnalité (psychoses précoces ou tardives : schizophrénie, pathologies limites, psychopathies, perversion ; des conduites de mise en danger comme le suicide, l'automutilation, l'hétéroagressivité, le sadisme envers les animaux ou d'autres adultes...) (6)

C -LE SYNDROME DE MUNCHHAUSEN PAR PROCURATION

Il décrit un parent, le plus souvent la mère, qui invente ou provoque délibérément chez son enfant des symptômes ou des maladies parfois sévères et qui sont de particularité d'être inexpliqués et prolongés et qui n'apparaissent qu'en présence de la mère. (6)

D- LES NEGLIGENCES LOURDES

Elles entraînent des pathologies carencielles à type de :

D-1- Le retard staturo-pondéral :

Les enfants maltraités sont souvent dénutris. Cela peut être isolé et rendre ainsi le diagnostic difficile. On y parviendra devant un bilan étiologique négatif et la reprise spectaculaire du poids pendant quelques jours d'hospitalisation.

Il existe aussi des enfants qui ne grandissent plus. Leur courbe de poids fléchisse ou même se casse nettement, ainsi que leur taille ; ceci en rapport avec un événement ou une modification de la vie familiale.

En absence de prise de poids, ces enfants deviennent de véritables nains. Ce nanisme psychosocial correspond en effet à un blocage de la sécrétion de l'hormone de croissance. A l'opposer, la séparation avec la famille ou la prise en charge appropriée entraîne un rattrapage tout à fait spectaculaire de la croissance.

D-2- Le retard du développement psychomoteur

C'est surtout le nourrisson en retard de ses acquisitions psychomotrices que l'on aurait vite fait d'étiqueter d'encéphalopathie. Les enfants concernés par ce retard ont le regard triste, une tonsure occipital témoin d'un maintien au lit permanent. Ils ont parfois des signes d'hospitalisme (balancement). Là encore, on pourrait assister à une récupération toute à fait spectaculaire après une séparation avec le milieu familial.

D-3- Les troubles isolés du comportement

Ceci s'observe sans retard de la croissance ni le développement et peut induire en erreur le diagnostic de maltraitance.

On distingue :

- la conduite d'évitement : il s'agit d'un nourrisson qui détourne du visage de sa mère son regard alors qu'en revanche, il pourra facilement accrocher un regard étranger. Ce comportement est non gratifiant pour la mère et même agressif, faisant renforcer la difficulté pour celle-ci de rentrer en relation avec son enfant.
- La vigilance gelée : c'est un comportement qui dénote une maîtrise, un contrôle des affects tout à fait prématuré et anormal à l'égard de l'âge des enfants. Ce sont notamment des petits nourrissons capables d'arrêter de rire ou de pleurer, de suspendre leur activité, de rester de long moment sans bouger, habituellement après une remontrance maternelle.
Ces 2 cas aboutissent dans la deuxième ou troisième année de vie à des enfants totalement apathiques et inhibés, s'isolant sur eux-mêmes. Ils auront tendance à garder ce même type de comportement en collectivité et sont incapables de nouer une relation de confiance.
- L'attachement sans discrimination : c'est un comportement très trompeur. Il s'agit de nourrisson entre 1 ou 2 ans qui au lieu de pleurer et de fuir un visage étranger se précipitent au contraire dans les bras de quiconque se trouvant là. Ce sont des enfants faciles, affectueux, gratifiant pour les soignants ; mais en fait, on s'aperçoit vite qu'ils sont incapables d'établir une relation suivie et vont de bras en bras sans discrimination.
- L'instabilité, l'agitation excessive, l'agressivité : ces symptômes peuvent être une autre forme d'expression d'une maturation psychologique et physique ajoutées.

D-4- La cruauté mentale

Il s'agit de l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique.

Citons :

- l'humiliation verbale ou non verbale,
- les menaces verbales répétées,
- la marginalisation systématique,
- la dévalorisation systématique,
- l'exigence excessive disproportionnée par rapport à l'âge de l'enfant,
- des consignes et injonctions contradictoires ou impossibles à respecter.

Ce type de maltraitance est difficile à prouver. On décrit généralement 5 types de sévices psychologiques : le rejet, l'ignorance, l'isolement, la terreur, la corruption pouvant entraîner l'épuisement psychologique de l'enfant, une installation de différentes pathologies de la personnalité...(6)

D-5-L maltraitance du fœtus et du nouveau-né

C'est une forme spécifique de maltraitance. Il s'agit de maltraitance fœtale ou néonatale secondaire à la consommation de toxique par la mère. Dans ce groupe, on peut avoir :

- le syndrome de l'alcoolisme fœtal rassemblant les manifestations secondaires à l'ingestion d'alcool de la mère durant la grossesse. Les signes sont fonction de la durée, de l'importance et de la nature des boissons ingérées. Les signes sont essentiellement des signes de malformations à type de dysmorphisme faciale, d'anomalies mal formatives cardiaques, osseuses ; des fentes palato labiales, d'anomalie du tube neural et de troubles neurosensoriels ; un retard de croissance intra-utérin, des troubles du comportement et des troubles mentaux d'intensité variable.
- Le nouveau-né de mère toxicomane : l'intoxication habituellement rencontrée dans la littérature est due aux opiacées. Les conséquences avant et après la naissance sont fonction du type, de la durée et du mode d'administration du toxique.

- Une intoxication chronique par voie intra veineuse est responsable de retard de croissance intra utérin, des risques élevés d'infection virale par hépatite B ou C, ou par HIV ainsi qu'une interruption de la grossesse lors de sevrage brutale de la mère.
- Les troubles précoces de la relation mère-bébé,
- L'homicide du nouveau-né. (6)

IV-5- DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

En premier lieu, il est indispensable de différencier un enfant en péril d'un enfant maltraité. C'est celui qui connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien mais sans être pour autant maltraité.

Puis viennent les formes qui prêtent confusion lors de la clinique :

- 1- *En cas de traumatismes crâniens* : ils peuvent être dus à des traumatismes obstétricaux responsables d'HSD ou d'HED ; ou également des HSD dus à des mouvements de rotation de la tête lors de secousses chez les nourrissons inférieurs à 3 mois.
- 2- *Les lésions de la peau et des muqueuses* : on différencie les lésions de maltraitance des :
 - Taches mongoloïdes qui sont des taches arrondies ou ovalaires bleutées ou bleu-ardoisées au niveau des fesses, lombes ou à la région lombo-sacrée médiane chez des enfants d'ascendance asiatique ou africaine.
 - Les troubles de l'hémostase : une thrombopénie ou une hémophilie, d'autres affections constitutionnelles ou acquises des facteurs de l'hémostase.
 - Les lésions bulleuses ou vésiculo-bulleuses d'origine infectieuse ou allergique. On y retrouve des notions d'infection ou de prise médicamenteuse ou d'aliments, généralement chez un sujet atopique. (4)

3- *Les lésions oculaires* : elles sont à type d'hématomes peri-orbitaires du neuroblastome ou du syndrome de Hutchinson ; les hémorragies rétiniennes de l'HTA sévère, d'une anomalie de la coagulation, d'une vascularite ou d'une infection sévère.

4- *Les fractures* :

- *L'ostéomyélite aiguë* réalise parfois un tableau voisin de celui du syndrome de Silverman. La douleur métaphysaire est de début brutal, l'inflammation locale, une notion de fébricule. La radiographie montre des images évocatrices d'hématomes sous-périostés et de décollement périosté. (8)

- L'ostéogenèse imparfaite qui montre à la clinique :

Une teinte bleutée des sclérotiques, la transparence anormale des dents, une hyperlaxité ligamentaire surtout chez un enfant malnutri ; des ecchymoses favorisées par un désordre de l'hémostase. La radiographie du squelette entier montre la transparence excessive des os et un amincissement de la corticale. Les fractures sont diaphysaires, peuvent être associées à une incurvation congénitale surtout des femures. On observe également une réduction de la hauteur des corps vertébraux, des fractures costales, la présence d'os wormiens multiples au niveau du crâne qui est un élément tranchant en faveur de l'ostéogenèse imparfaite. (9) (10)

- La maladie de Caffey ou hyperostose corticale infantile montrant la normalité des métaphyses.

- Les carences vitaminiques doivent aussi être évoquées car responsables de fractures pathologiques. Ce sont essentiellement le scorbut, le rachitisme. Ils sont liés à d'authentiques fragilités osseuses constitutionnelles très souvent de caractère familial. (4) (8)

Les facteurs de risque sont la peau pigmentée, les mères carencées au cours de la grossesse ou un enfant prématuré...ou l'insuffisance d'apport oral ou solaire en vitamine D. Les signes : retard staturo-pondéral, les signes osseux sont

accompagnés d'hypotonie musculaire, de pathologies dentaires et des signes d'hypocalcémie.

V- TRAITEMENT

Le traitement nécessite en premier lieu le retrait de l'enfant victime de sévices dans le milieu familial. Cela peut être une hospitalisation de l'enfant dans un centre spécialisé.

Elle doit être faite en urgence dans des cas de :

- lésions somatiques graves,
- retentissement émotionnel important pour l'enfant ou son entourage,
- lésions traumatiques constatées et sans explication claire, ou en absence de traumatisme évident,
- en absence de gravité clinique alors que la situation révèle un risque important de maltraitance physique,
- Ou devant un nourrisson ayant un risque de lésions neurologiques sévères. (6)

Le traitement comporte 2 volets. En premier lieu le traitement curatif des lésions somatiques et en second lieu le traitement préventif.

A- TRAITEMENT CURATIF

A- 1- LES MOYENS MEDICAUX :

Un enfant maltraité doit toujours être considéré comme un polytraumatisé car il est porteur d'au moins 2 lésions. Il nécessite donc une prise en charge immédiate qui consiste en immobilisation (maintien de l'axe tête-cou –tronc), une réanimation immédiate. Cette dernière consiste en une prise des constantes vitales : FR, FC, TA, température, conscience... ; une intubation orotrachéale en cas de nécessité, brûlures graves et étendues par exemple.

Une prise de voie veineuse en vue de remplissage vasculaire, un contrôle de l'hémostase par le moyen de compression ou utilisation de garrot si l'hémorragie est inférieure à 30 minutes ; Administration de sédatifs.

A-2- LES MOYENS CHIRURGICAUX

En premier lieu, le *traitement des lésions cutanées* : la réparation des plaies se fait par des points de suture après aseptisation et parage des plaies si nécessaire ; puis un pansement et une prophylaxie antitétanique.

La réparation des plaies occasionnées par des brûlures se fait selon le degré et l'étendu de la brûlure. Cela peut être des pansements ou nettoyage des lésions par des bains ou des douches à l'aide de solutions antiseptiques diluées ; une excision des tissus morts qui se fait de façon tangentielle en rapport avec les tissus sains ; ou des greffes de la peau.....(12)

Pour ce qui est *des traumatismes crâniens*, la prise en charge en urgence consiste en une chirurgie d'urgence en cas d'HSD compressif, après une réanimation, une oxygénation et un monitoring : mesure du pouls, de la pression artérielle, scope, SaO₂, température, ... Une ponction transfontanelle peut être effectuée chez le nourrisson.

Devant un cas de plaies craniocérébrales, on effectuera aussi une neurochirurgie en urgence accompagnée et suivie d'une antibioprofylaxie. (13)

Les lésions osseuses sont prises en charge de la façon suivante : Elles seront tenues en fonction du degré et de la datation des fractures. Pour les fractures peu ou pas déplacées, le traitement sera une réduction orthopédique par traction sur l'axe suivie d'une immobilisation plâtrée. La consolidation et la bonne réduction du foyer fracturaire seront évaluées par la radiographie.

Quant aux fractures avec déplacement et/ou avec menace de compression nerveuse ou vasculaire, la réduction sera chirurgicale suivie d'une contention par pose de matériels d'ostéosynthèse.

Pour *les lésions abdominales*, en cas de traumatismes fermés de l'abdomen, les principes généraux du traitement seront une réanimation qui consiste en un remplissage vasculaire par transfusion sanguine ou des macromolécules ; drainage vésical et une

chirurgie qui consiste en une laparotomie large, médiane dans un but d'exploration complète de la cavité péritonéale, retro-péritonéale et du diaphragme.

Pour les lésions de :

- La rate, il sera effectué soit un traitement conservateur soit une splénectomie ;
- des grêles, une suture ou une résection anastomose,
- Du pancréas, des résections plus ou moins réglées ;
- Du foie, une suture ou des résections plus ou moins réglées,
- Du diaphragme, une suture.

Les indications de ces mesures chirurgicales seront : les contusions abdominales graves et évidentes avec risque d'hémorragie interne, de péritonite ou d'état de choc. (14)

B- TRAITEMENT PREVENTIF

C'est ce qui retiendra le plus notre attention. Il s'agit de prendre en main la situation des enfants à risque de mauvais traitements. Il impose une participation effective de l'ensemble de la société. C'est donc une collaboration entre médecins, assistants sociaux, police des enfants et les juges des enfants.

Cette politique est applicable dans notre pays que n'importe où dans le monde où plus d'un enfant meurt chaque jour de mauvais traitements.

Il nous importe avant tout de soustraire l'enfant de façon temporaire ou définitive à son entourage. Cela offre à l'enfant une prise en charge en milieu spécialisé selon l'importance des lésions. (8)

Dès lors seront poursuivies des mesures médico-légales qui auront pour unique but de signaler un cas de maltraitance. Il peut s'agir :

- d'un signalement administratif auprès d'un inspecteur de l'aide social à l'enfance,

- ou judiciaire, auprès du procureur de la République dans le cas où la famille ne serait pas coopérante ou si la maltraitance est particulièrement grave, ou l'enfant nécessite une protection immédiate. (4)

Ce signalement nécessite un travail d'équipe réunissant médecins, assistante sociale, personnel soignant, psychologue d'un côté ; et d'un autre les intervenants des centres de protection maternelle et infantile, l'équipe sociale du secteur, l'Aide sociale à l'enfance, l'intersecteur et le médecin scolaire.

Il sera établi un certificat médical initial, descriptif pendant le séjour de l'enfant à l'hôpital rédigé par un docteur en médecine. Ceci sera transmis en cas de demande d'intervention auprès du procureur de la République ou gardé en dossier si les situations pas d'intervention judiciaire immédiate.

** Au sein du procureur de la République* ou son substitut au parquet des mineurs, il peut être délivré une ordonnance de placement provisoire de l'enfant à l'hôpital ou dans un centre d'aide social à l'enfance.

Dans les 8 jours, le juge des enfants sera saisi au titre de l'assistance éducative. Le procureur peut demander une enquête complémentaire auprès de la Brigade de protection des mineurs. Si les poursuites sont estimées nécessaires contre les éventuels auteurs de violence, le parquet requerra la désignation d'un juge d'instruction ou transmettra le dossier à la juridiction compétente.

**Au sein du juge des enfants*, au terme d'un travail d'instruction (enquête sociale complémentaire, audition des familles, expertises) il détermine la mesure qui lui semble la plus appropriée à l'intérêt de l'enfant ou du mineur. Pour cela :

- il peut ordonner un complément d'informations,
- ou une mesure d'investigations et d'orientation éducative ou IOE,
- ou ordonner une mesure d'assistance éducative en milieu ouvert ou AEMO,
- ou décider du placement de l'enfant en foyer, famille d'accueil ou tiers...
- maintenir l'enfant dans la famille en assortissant une décision d'obligations précises,
- Prononcer un non-lieu en assistance éducative.

Son rôle doit se mesurer à s'efforcer de recueillir l'adhésion de la famille à la mesure envisagée et de maintenir si possible le mineur dans sa famille.

Le retrait des droits d'autorité parentale est considéré comme une mesure de protection des enfants plutôt que comme une sanction d'une faute des parents. Ceci est réversible et peut n'être que partiel. (4)

C- SURVEILLANCE :

Elle s'effectuera de la façon suivante :

1- *En milieu hospitalier* : l'hôpital constitue un cadre stable sur le plan affectif et un endroit stimulant pour l'enfant. Il sera observé de façon prolongée sur son état somatique : comportement, appétit... (4) Il s'agit alors d'une surveillance purement médicale sur l'état de santé de l'enfant : sa conscience, l'efficacité et la tolérance du traitement appliqué.

2- *En milieu social* :

Ce sera une surveillance médico-légale. Ceci, pour voir si les mesures appliquées pour le bien-être de l'enfant ont été observées et si l'entourage contribue aux développements de l'enfant. Pour cela, il serait effectué une consultation d'attachement faite par les assistantes sociales afin d'appréhender le lien d'attachement qu'a développé l'enfant dans son milieu de vie : avec ses parents biologiques ou dans sa famille d'accueil. Ceci concerne les enfants de moins de 6 ans vivant dans des conditions psychosociales complexes, entraînant ou ayant déjà entraîné des ruptures de lien d'attachement et/ou présentant des problèmes comportementaux. A partir de cette analyse, on détermine l'orientation qui assure au mieux la préservation des liens d'attachement déjà établis, contribuant ainsi à un meilleur équilibre de l'enfant. (3)

3- *Une consultation psychiatrique de l'enfant* :

Il s'agit alors de soins psychiques qui reconnaissent la souffrance de l'enfant, son lieu avec les perturbations affectives et relationnelles, son impact sur la constitution de la personnalité et ses possibilités de réaction affective. La prise en charge pédopsychiatrique doit donc être envisagée dès que possible, en fonction de la nature des troubles, de leur intensité et des perturbations de sa personnalité afin que l'enfant maltraité rompt son instinct de violences sociales qu'il a inculqué dans son milieu de vie. (15)

DEUXIEME PARTIE
MATERIELS ET METHODES

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude prospective et descriptive des résultats d'une enquête menée auprès des parents d'élèves de trois Ecoles Primaires Publiques d'Antananarivo d'une part et d'une enquête menée auprès des Autorités publiques responsables des « enfants en situation difficile » (Ministère de la Population, Ministère de la Justice et de Garde de Sceaux, Ministère de la Santé, Brigade des mœurs et des mineurs du Commissariat Central) et des Organisations Non Gouvernementales qui prennent en charge les enfants maltraités.

1-Les enquêtes :

Deux types d'enquête ont été utilisés : l'enquête directive pour les parents d'élèves et l'enquête semi directive pour les autorités publiques et ONG. Les enfants de ces parents enquêtés correspondent bien à la définition de l' « enfant » citée plus haut.

1-1- Les enquêtes directives :

Les enquêtes directives ont été effectuées pour avoir des informations précises sur les facteurs de risque de maltraitance liés aux parents et aux enfants ainsi que les idées des parents concernant le fait de frapper leurs enfants.

La durée de la mission d'enquête a varié selon la taille de l'échantillon et a duré 3 mois au total pour les 3 Ecoles Primaires Publiques.

a- Définition de la population :

La population idéale serait les parents et/ou les personnes connus avoir maltraité des enfants.

Cependant, aucune donnée officielle ou officieuse sur l'effectif exact des enfants maltraités et aucune étude bien menée sur les circonstances de la maltraitance ne sont disponibles à ce jour à Madagascar.

Nous avons donc choisi les parents d'élèves des EPP pour constituer la cible de nos enquêtes.

b- Taille de l'échantillon :

Tenant compte de la durée limitée des enquêtes dans le cadre de notre étude, à laquelle s'ajoute les contraintes budgétaires, la taille de l'échantillon par site a été définie comme suit :

- 72 parents d'élèves de l'Ecole Primaire Publique d'Antanimena ;
- 64 parents d'élèves de l'Ecole Primaire Publique d'Ambohipo ;
- 81 parents d'élèves de l'Ecole Primaire publique de Marobiby.

c- Méthode d'échantillonnage :

L'échantillonnage est aléatoire et multi variable.

Les variables sont :

- Les facteurs de risques liés aux parents : troubles de la personnalité, affection psychiatrique (dépression, alcoolisme, toxicomanie...), carence affective des parents (difficulté conjugale, parents qui ont pu eux-mêmes avoir été maltraités), situation socio-économique défavorable.
- Les facteurs de risques liés aux enfants : l'âge de l'enfant, le rang de l'enfant dans la famille, les enfants prématurés, handicapés et non désirés, les enfants de famille recomposé.
- Les manières des parents pour « frapper leurs enfants » ainsi que les régions frappées
- Les idées des parents pourquoi ils frappent leurs enfants

d-Le questionnaire :

Les questions ont pour objet d'avoir les informations sur les variables d'étude.

La plupart sont des questions fermées.

La durée de l'entretien varie de 15 à 30 minutes selon le niveau d'éducation et l'intelligence du parent interviewé. Une explication de l'objectif de l'étude suivie de la signature de la lettre de consentement à participer à cette étude précède l'interview.

La traduction française du questionnaire est figurée en annexe.

e-Les enquêteurs :

Neuf enquêteurs ont été mobilisés pour les enquêtes. La majorité d'entre eux possèdent déjà des expériences d'organisation et de réalisation d'enquête. Ils ont bénéficié d'une formation sur la maltraitance avant de mener l'enquête.

En général, les enquêteurs se sont constitués en équipe de deux. Deux médecins ont assuré la supervision des enquêtes (vérification du remplissage des questionnaires, contrôle de l'enquêteur, ...) et le codage des données pour l'analyse statistique.

f- Critères d'inclusion et d'exclusion :

Sont inclus dans l'étude les fiches de questionnaires bien remplis, que les parents frappent leurs enfants ou non.

Les parents qui ont refusé de répondre aux questionnaires ou non joignables à deux reprises ont été exclus.

g-Le traitement informatique :

La saisie des données a été vérifiée et contrôlée scrupuleusement avant de faire l'analyse statistique. Le logiciel EPI INFO 6^{ème} version a été utilisé et les assistants de recherche du Laboratoire d'Appui à la Recherche et de Technologie d'Information et de Communication de la Faculté de Médecine d'Antananarivo sont chargés de cette étude statistique.

1-2- Les Enquêtes semi directives :

Les enquêtes ont été menées auprès des responsables administratives nationales et internationales (UNICEF) ainsi que des ONG après une demande de rendez-vous au préalable. Celles-ci ne sont pas structurées de façon formelle, dans la mesure où les questions, bien que dirigées (grâce à un canevas élaboré préalablement), étaient parfois improvisées en fonction du contexte et du déroulement de l'interview. Les formes sont très variées : tantôt fermées, tantôt ouvertes et tantôt sous la forme de séquences différentielles.

Ces enquêtes ont été surtout utilisées pour recueillir des informations auprès de ces responsables sur les cas de maltraitance à Antananarivo.

La flexibilité de ces enquêtes semi directives a permis de combler les éventuelles lacunes et limites des méthodes utilisées.

En outre, les enquêtes semi directives ont permis d'avoir des informations purement techniques souvent à caractère confidentiel.

2- Cadres de l'étude :

Trois Ecoles Primaires Publiques d'Antananarivo ont été la cible des enquêtes directives.

L'Ecole Primaire Publique d'Antanimena qui se trouve en plein centre ville a été choisie car les parents d'élèves, habitant dans les quartiers aux alentours de cet établissement (Antohomadinika, Ankadifotsy, Antanimena...) représentent la population urbaine.

L'Ecole Primaire Publique d'Ambohipo était la deuxième école sélectionnée car elle se trouve à la périphérie de la ville et les parents d'élèves sont issus des différentes provinces de Madagascar.

L'Ecole Primaire Publique de Marobiby était la troisième école car elle se trouve en zone suburbaine. Les parents peuvent représenter la population rurale de la province d'Antananarivo.

Par ailleurs, les responsables de ces écoles ainsi que l'association des parents d'élèves ont bien voulu accepter de collaborer avec les enquêteurs parmi les différents établissements visités.

Le Ministère de la Population, le Ministère de la Justice et de Garde des Sceaux, le Ministère de la Santé et du Planning Familial, l'UNICEF, la Brigade des Mœurs et des Mineurs du Commissariat Central et les ONG « Akany Avoko d'Ambohidratrimo » et « Les Enfants du Soleil » ont été les cibles des enquêtes semi directives.

3-La recherche de sources documentaires :

Le bilan documentaire que nous avons effectué était axé sur la maltraitance et ses sous thèmes.

Hormis les rapports statistiques de l'INSTAT, les rapports d'études de l'UNICEF et du Ministère de la Population, les Thèses de Médecine soutenues à Antananarivo ainsi que les livres de références de Pédiatrie et d'Orthopédie Traumatologie Pédiatrique, la recherche bibliographique internationale utilisait la banque de données de MEDLINE et de SCIENCE DIRECT (www.sciencedirect.com).

4-Limites de l'étude :

L'étude a trouvé ses limites sur les points suivants :

- concernant le cadre spatial de l'étude, le choix des écoles primaires publiques comme zone d'étude aurait pu entraîner de fausses perceptions comme nous n'avons pas pu enquêter dans les zones reculées de la province d'Antananarivo ;
- les contraintes financières et temps ont eu des effets énormes sur la quantité d'informations recueillies sur chaque site et tout particulièrement en matière d'échantillonnage malgré la représentativité de celui-ci ;
- certaines réponses des parents sont à considérer avec précaution car ils ne donnent pas les informations nécessaires par pudeur (revenu mensuel, difficultés conjugales,...) ou par crainte d'être mal jugés (manière de frapper leurs enfants, les régions frappées...) ;
- les résultats auraient pu être encore plus riches s'il y avait eu dans l'équipe un éducateur, un juriste et un psychosociologue.

TROISIEME PARTIE
RESULTATS

I- Enquêtes directives :

217 parents ont bien voulu participer à l'enquête dont 213 vrais parents, 1 parent adoptif et 3 autres membres de la famille. Les autres ont refusé de participer ou n'ont pas été joignables à deux reprises. Parmi ces 217 parents, il y avait 72 hommes et 145 femmes. Seuls 7 parents ne frappent pas leurs enfants dans la vie quotidienne. L'âge moyen des parents était de 34,5 ans avec un âge minimum de 18 ans et un maximum de 70 ans.

1- Facteurs de risque de maltraitance liés aux parents :

a- Etat de santé des parents :

149 parents soit 68,7% affirment être en bonne santé. 56 soit 25,8% sont des alcooliques et / ou tabagiques. 5 soit 2,3% affirment être dépressifs.

b- Situation matrimoniale :

144 parents soit 66,4% sont mariés légalement tandis que 50 soit 23% vivent en concubinage. 23 soit 10,6% sont veufs, divorcés ou célibataires ;

c- Difficultés conjugales :

Si 174 parents soit 80,2% déclarent ne pas avoir de difficultés conjugales, 43 soit 19,8% affirment avoir des problèmes dans leur relation de couple.

d- Religion :

Les protestants sont les plus nombreux suivis des catholiques. 10 n'ont pas voulu répondre à cette question.

Religion	Nombre	Pourcentage (%)
Protestants	92	42,4
Catholiques	76	35
Sectes	25	11,5
Non croyants	12	5,5
Anglicans	2	0,9
Sans réponse	10	4,6
TOTAL	217	100

Tableau 1 : Répartition des parents selon leur religion.

e- Niveau d'éducation :

164 parents n'ont pas poursuivi leurs études au-delà de la classe de troisième.

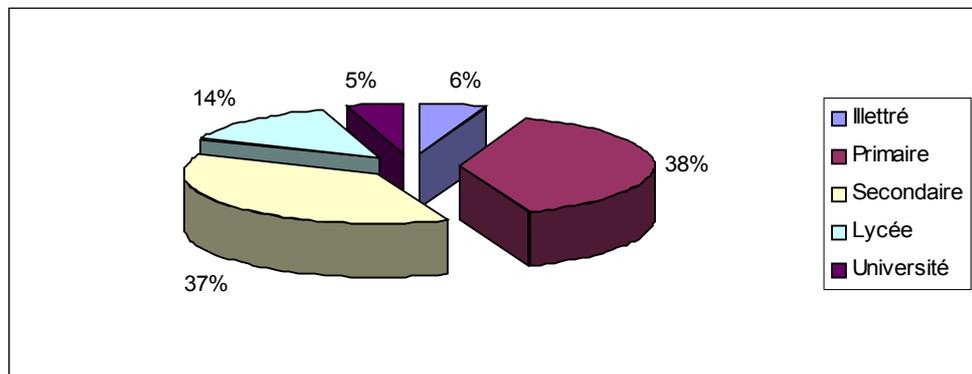


Figure 1 : Répartition des parents selon leur niveau d'éducation.

f- Profession :

La majorité des parents exercent une profession libérale.

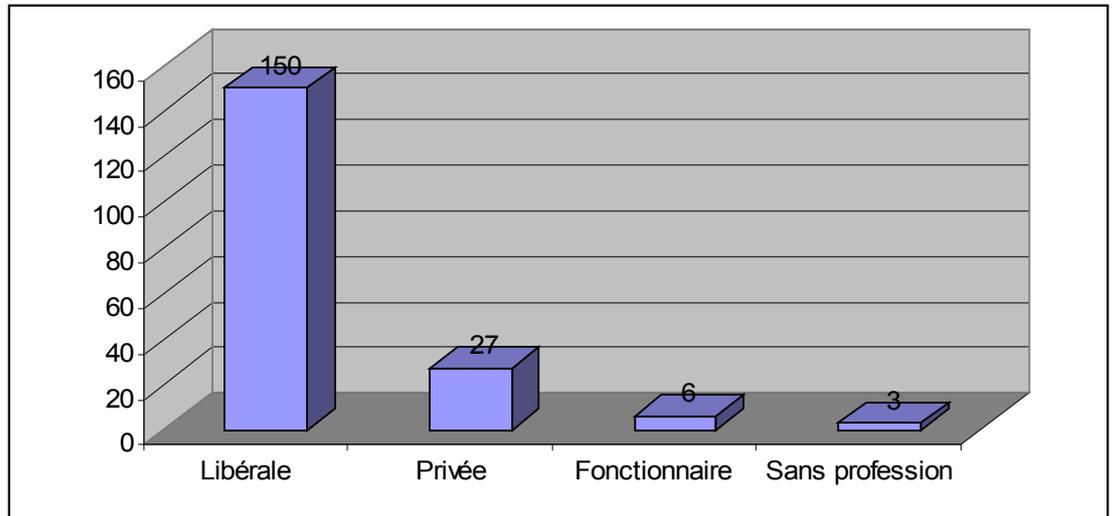


Figure 2 : Profession des parents.

g- Revenu des parents :

Le salaire moyen des parents est de 282 096 francs malagasy soit 56 419,2 ariary avec un minimum à 50 000 francs malagasy soit 10 000 ariary et un maximum à 3 000 000 francs malagasy soit 600 000 ariary.

h- Etat des parents quand ils frappent leurs enfants :

Etat des parents	Nombre	Pourcentage
------------------	--------	-------------

En colère	107	51,7
Normal	78	37,3
Autres	10	4,8
Systématique	8	3,9
Ivre	4	1,9
TOTAL	207	100

Tableau 2 : Etat des parents quand ils frappent leurs enfants

La moitié des parents (107 sur 207 soit 51,7%) qui ont bien voulu répondre à cette question affirme être en colère contre leurs enfants quand ils les frappent.

78 disent qu'ils sont en état normal. Il y a 8 parents qui frappent systématiquement leurs enfants.

2- Facteurs de risque de maltraitance liés aux enfants :

a- Nombre d'enfants par famille :

Le nombre moyen d'enfants par famille est de 3,48 avec un minimum à 1 enfant et un maximum à 11.

Il y avait au total 378 filles et 360 garçons pour 212 parents. En moyenne le nombre de filles par famille est de 1,78 et celui des garçons est de 1,60.

b- Sexe des enfants :

49 % des 210 parents qui frappent leurs enfants le font sans discrimination de sexe.

Si 37,2 % frappent beaucoup plus les garçons, 17,8 % frappent préférentiellement les filles.

c- Rang des enfants :

7,1% des 210 parents qui frappent leurs enfants le font sans discrimination de rang.

Si 24,3 % frappent surtout l'aîné, 13,8 % frappent plus souvent deux enfants par rapport aux autres. Le dernier enfant n'est frappé beaucoup plus que les autres que dans 6,7 % des cas.

d- Caractéristiques des enfants :

Parmi les 210 parents, il n'y avait qu'un seul qui frappait son enfant handicapé et deux qui frappaient leur enfant non désiré.

e- Motifs de la violence :

Motifs de la violence liés aux enfants	Nombre	Pourcentage
Têtu et bavards	99	47,4
Association de « bêtises »	79	37,8
Difficile à enseigner	14	6,7
Autres motifs	12	5,7
Gaffeur	3	1,4
Sans motifs	2	1
TOTAL	209	100

Tableau 3 : Les motifs de la violence liés aux enfants

99 parents frappent leurs enfants car ils les trouvent têtus et bavards. Le deuxième motif de frapper un enfant est l'association de « bêtises » faites par l'enfant selon les parents (à la fois têtu et gaffeur par exemple...)

3- Manières de frapper les enfants :

a- Nombre de coups :

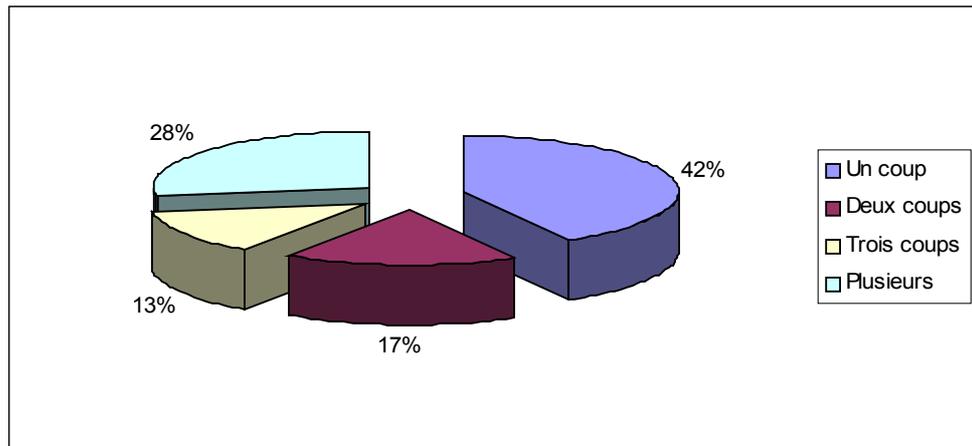


Figure 3 : Nombre de coups quand les parents frappent leurs enfants

120 parents sur 207 soit 57,9% frappent deux fois au minimum leurs enfants pour un motif.

Le reste, soit 87 parents, ne frappent qu'une seule fois pour un motif.

b- Instruments pour frapper :

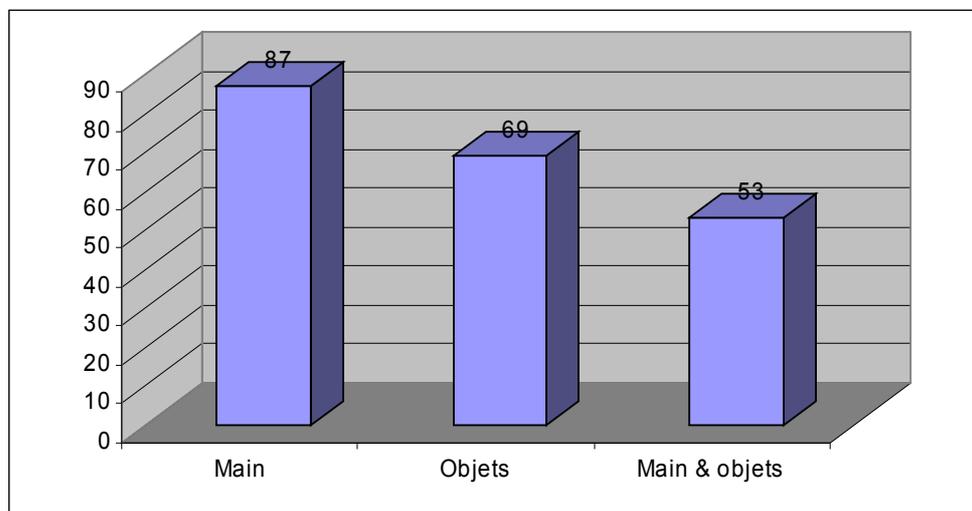


Figure 4 : Histogramme montrant les instruments utilisés par les parents pour frapper leurs enfants

87 parents, soit 41,6%, ne frappent leurs enfants qu'avec leurs mains.

69 parents, soit 33%, utilisent uniquement des objets divers allant d'un scandale en vinyle en passant par une baguette de pain, une ceinture jusqu'à un bâton tel qu'un « vata kitay ».

53 parents, soit 25,4%, frappent leurs enfants à la fois avec leurs mains et un objet

c- Régions frappées :

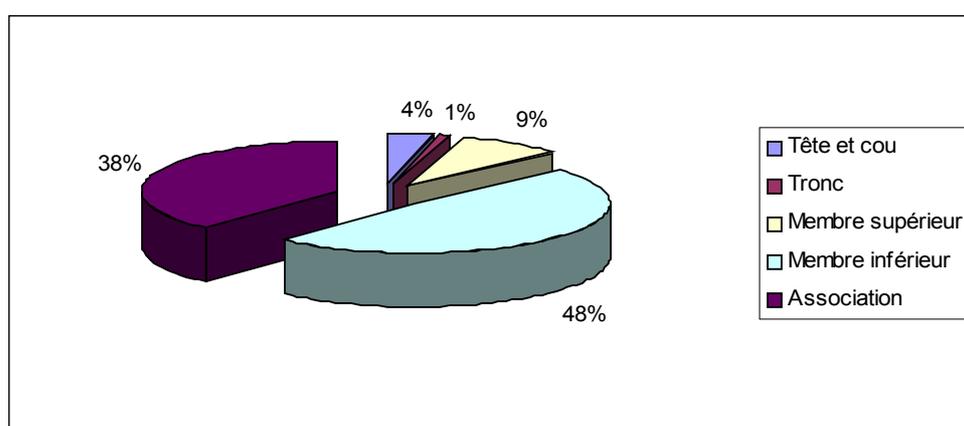


Figure 5 : Les régions du corps humain frappées par les parents

100 parents, soit 48%, ne frappent leurs enfants qu'au niveau du membre inférieur.

80 parents, soit 38%, frappent sans distinction de région à frapper.

8 parents ne frappent que la tête de leurs enfants. Cela consiste surtout en pincer les oreilles des enfants.

4- Idées des parents :

a- Aspect culturel :

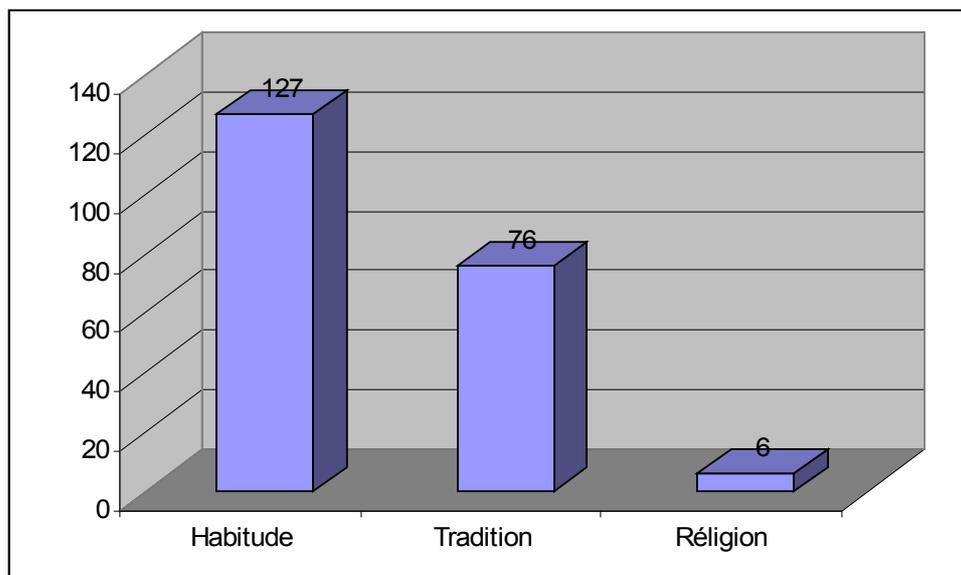


Figure 6 : Aspect culturel

127 parents, soit 60,8%, frappent leurs enfants par simple habitude.

76, soit 36,4%, le font en pensant que c'est la tradition. Ils appliquent à leurs enfants les manières que leurs parents les ont éduqués.

Seuls 6 parents, soit 2,9%, frappent leurs enfants par croyance religieuse en citant ce qui est écrit aux Proverbes chapitre 13 verset 24 : « Qui refuse de frapper son fils ne l'aime pas. Celui qui l'aime n'hésite pas à le punir ».

b- Moralité :

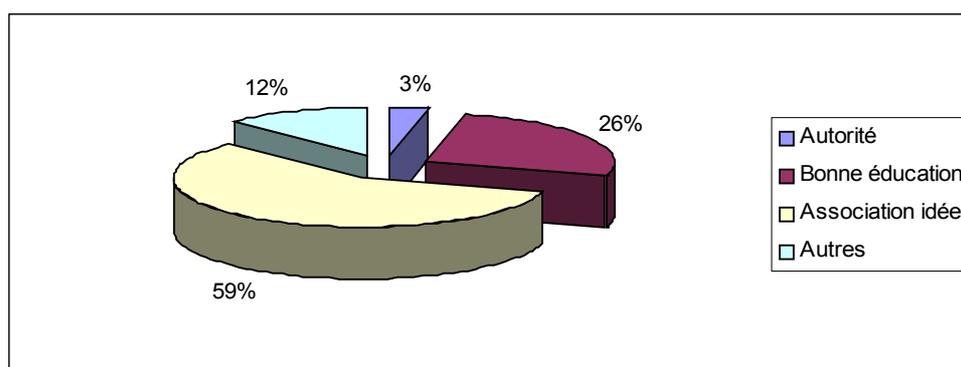


Figure 7 : Moralité des parents.

121 parents, soit 59%, frappent leurs enfants dans le cadre d'une correction, pour les faire comprendre quelque chose et en les montrant en même temps leur autorité.

55 parents, soit 26%, sont convaincus que frapper leurs enfants fait partie de la bonne manière de les éduquer...

26 parents, soit 12%, ont évoqué d'autres idées qui les poussent à frapper leurs enfants telle que l'intolérance aux bêtises des enfants, le fait de les faire comprendre ce que la souffrance dans la vie

II- Enquêtes semi directives

Des enfants victimes de violences et de mauvais traitements existent dans notre pays et font la une des journaux comme le cas de cet enfant que nous rapportons ici.



Figure 8 : Un enfant maltraité hospitalisé à l'USFR d'Orthopédie Pédiatrique CHU Ampefiloha HJRA

1- Brigade des mœurs et des mineurs :

La Brigade des Mœurs et des Mineurs est une brigade spéciale créée, à la fois pour réprimer les infractions contre les bonnes mœurs, d'une part, et pour lutter contre la délinquance juvénile, d'autre part.

Dans la capitale, 1 à 10 cas de maltraitance par jour sont enregistrés à la Brigade des mœurs et des mineurs à Tsaralàlana.

128 cas de maltraitance ont été traités par ce Brigade des Mœurs et des Mineurs de novembre 2004 en mars 2005. Ce chiffre est en nette augmentation par rapport à celui de 2000 qui compte 92 cas de maltraitance selon le statistique de l'INSTAT.

L'âge des enfants varie de quelques mois à 17 ans.

Plusieurs formes de mauvais traitements ont été observé : des cas de détournement de mineurs, d'enlèvement, de menace, de trafic d'enfants, de rapt, des cas d'abandon, d'attentat à la pudeur, de viol, de viol inceste, de coups et blessures volontiers, de tentative d'infanticide, de privation de soins et d'alimentation...

Les responsables ont rapporté que la majorité des enfants subissent des violences dans le milieu familial. L'auteur de ces violences est le plus souvent l'un ou les 2 parents, essentiellement la mère.

Les plaintes, objets de signalement, sont en général faites par une tierce personne et seront ultérieurement sujettes d'enquête.

2- Ministère de la Justice :

Hormis les cas de viol, d'incitation à la débauche, de délaissement de nouveau-né, d'actes impudiques, 41 cas de coups et blessures sur des enfants en 2004 et 12 cas de janvier à mars 2005 ont été enregistré auprès des Juges des enfants du Tribunal à Anosy.

Devant un cas d'enfant victime de sévices, possesseur de dossier médical, une enquête sociale est ouverte, engagée par le parquet des enfants et des mineurs. Pendant ce temps, l'auteur de violence est placé en mandat dépôt pendant un délai indéterminé. La victime sera gardée pendant une période maximale de 10 jours au Bureau Municipal d'Hygiène (BMH) où il y a un centre d'accueil d'urgence pour les enfants maltraités.

Delà, le juge des enfants interpelle la famille proche à qui sera proposer la garde de l'enfant. Dans le cas où celle-ci serait incapable de le faire, l'enfant serait placé dans des ONG ou des centres sociaux identifiés comme centre de réhabilitation.

3- Ministère de la population :

Notre politique nationale contre la violence envers les enfants, établie au sein de la Direction de l'enfance du Ministère de la Population vise à faire valoir les droits de l'enfant qui sont :

- les droits à l'éducation,
- les droits à la vie et à la survie,
- les droits à la participation,
- les droits à la protection contre toutes formes de violence

Pour ce faire, le Ministère de la Population fait appel à des participations multisectorielles: les agents communautaires du quartier, les services de la Circonscription Scolaire (CISCO) de chaque district, les agents de santé dans les Centre de Santé de Base niveau II (CSB II).

Ce qui sous entend que le problème du non respect des droits des enfants atteint beaucoup de niveaux, non seulement familial mais également dans les différents milieux où l'enfant pourrait s'épanouir.

Les stratégies établies consistent à installer au sein de chaque province des représentants de chaque entité pour combattre la violence envers les enfants. Le Ministère a installé 11 fokontany pilotes dans les régions où on a observé les plus grands nombre de violence, comme à Andranomanalina, Isotry...

Ces fokontany engageront des agents communautaires qui sensibiliseront les fokonolona à déclarer des cas de mauvais traitements.

Au niveau du Service de Santé de District serait désigné un Centre de Santé de Base, qui accueillera gratuitement les enfants maltraités, où leurs seront délivrés les soins médicaux d'urgence et un certificat médical.

Ces structures existent et fonctionnent déjà dans la province de Toamasina.



Figure 9 : Une page de la brochure de sensibilisation pour le respect des droits des enfants élaboré par l'UNICEF et le Ministère de la Population.

4- UNICEF :

L'UNICEF et le Ministère de la Population, de la Condition Féminine et de l'Enfance ont effectué une étude sur le respect des droits des enfants en 1999. Cette étude a duré 6 mois et réalisée dans quatre villes de Madagascar faisant partie des zones d'intervention de l'UNICEF, à savoir Fianarantsoa I, Mahajanga I, Antsirabe I et II et Antananarivo I.

Les problèmes vécus par les Enfants dans leur propre environnement familial et national, les politiques, les cadres juridiques et judiciaire, les ressources nationales et internationales ont été analysés dans cette étude afin d'identifier tous les atouts existants et de mettre en relief toutes les insuffisances qui doivent être remédiées.

Les résultats de cette étude ont conclu que les droits des Enfants sont bafoués. Ce qui se manifeste dans les domaines suivants : l'éducation, la privation du milieu familial, les libertés civiles et fondamentales, les Enfants handicapés, le nom et la

nationalité, la santé, le travail des Enfants, les autres formes d'exploitation des Enfants, l'adoption, les mauvais traitements, l'administration de la justice et pénitentiaire des Enfants, la responsabilité des parents et enfin la connaissance et la mise en vigueur de la Convention des Droits de l'Enfant.

Pendant plusieurs années, l'UNICEF a développé avec succès à travers le monde des actions à plaidoyer sur la Convention des Droits de l'Enfant. Cette organisation onusienne entend faire valoir le contenu de cette convention en aidant les pays à mettre en œuvre les obligations découlant de cette convention et n'a cessé de contribuer aux différents projets touchant l'amélioration des conditions de vie des enfants.

Cette année, lors de la célébration du mois de l'enfance, l'UNICEF a édité des brochures de sensibilisation sur le respect des droits des enfants avec le concours du Ministère de la Population.

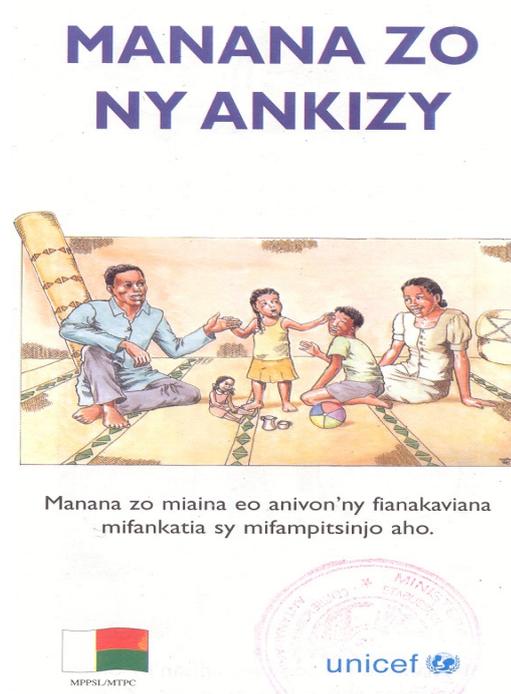


Figure10 : Première page du brochure de sensibilisation pour le respect des droits des enfants élaboré par l'UNICEF et le Ministère de la Population.



Manana zo arovana aho.

Figure 11 : Une page de la brochure de sensibilisation pour le respect des droits des enfants.

5- **Ministère de la Santé et du Planning Familial** :

Ce Ministère n'a pas d'actions spécifiques étendues destinées aux Enfants en Situation Difficile hormis les centres pilotes faisant partis du projet de prise en charge médicale des enfants maltraités initié par le Ministère de la Population. Cette institution s'attache plutôt alors à apporter une réponse globale et intégrée à l'ensemble des besoins sanitaires des populations.

6- **Les Organisations Non Gouvernementales (ONG)** :

Les ONG sont régies par l'Ordonnance 60 144 relative aux Associations ; la Loi n° 96-030 du 31 juillet 1997 portant régime particulier des ONG à Madagascar ; le décret n° 98-711 fixant les modalités d'application de la loi n° 96-030 .

Peu d'ONG prend en charge les enfants maltraités. Le budget d'investissement affecté au programme sur les Enfants en Situation Difficile est très faible, voire

symbolique par rapport au budget de fonctionnement de l'ONG. Parfois, on assiste à l'utilisation de la mission relative à l'assistance aux Enfants en Situation Difficile qui se transforment en arguments pour convaincre les partenaires financiers étrangers (donateurs ou associations de bienfaisance).

a- L'ONG Akany Avoko :

Cette ONG, dirigée par la Fédération Protestante a été créée en 1959. Elle est située à Ambohidratrimo et accueille 100 enfants : en majorité des filles de 12 à 18 ans. Ces enfants sont placés dans ce Centre soit suite à une décision de justice si le milieu familial est défavorable (maltraitance), soit pour délinquance (50% des filles).

b- L'ONG Les Enfants du Soleil :

Cette ONG a son siège social à Paris. Elle était créée à Madagascar en 1995. Elle accueille les enfants des rues et des enfants maltraités et/ ou en situation difficile. Elle reçoit également des parents seuls, les filles mères et les prostituées pour une meilleure réinsertion sociale.



Figure 12 : L'ONG « Les Enfants du Soleil »

Notre enquête auprès de l'assistante sociale aux services des enfants à Anosy révèle des cas d'enfants mis en placement dans ces différents centres : 5 cas en mai 2005 et 1 cas le 1-06-2005 (le jour de notre passage).

QUATRIEME PARTIE
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

La violence envers des enfants et des adolescents est aujourd'hui un phénomène largement exposé dans les faits de société des médias. Des cas de mauvais traitements physiques, de viol, de détournement de mineurs et même d'anthropophagie(cas d'un père ingérant son enfant à Brickaville) commence à se faire noms et réputations au sein de notre vie quotidienne (16).

Sur le plan scientifique, cette violence est désignée par le terme maltraitance. On distingue 4 formes de maltraitance : les mauvais traitements physiques (syndrome de Silverman ou syndrome d'Ambroise Tardieu), les mauvais traitements psychologiques, les négligences lourdes, le abus sexuels. S'ajoute à ces catégories, dont l'ensemble constitue les enfants maltraités, celle décrite plus récemment des enfants en risque.

La maltraitance souffre de problème épidémiologique. Les chiffres avancés, même dans les pays développés, sont évidemment inférieurs à la réalité , parce que tous les cas de mauvais traitements ne sont pas reconnus , ou ne sont pas signalés , et que les chiffres données ne concernent que les signalements administratifs.

En France, 5600 cas de mauvais traitements physiques des enfants ont été enregistrés. 67500 étaient des enfants en risque pour un nombre total d'enfants en danger à 86000 (17).

A Madagascar, il n'y a pas de chiffre officiel commun avancé par les entités administratives qui traitent les dossiers de maltraitance (Brigade des mœurs et des mineurs, Tribunal des enfants, Services de Santé). De plus les procédures de signalement et de prise en charge de cas de maltraitance à Madagascar ne sont pas encore claires et n'a jamais l'objet d'un consensus élaboré et divulgué partout où nous avons besoin.

Ces grandes lacunes des contextes juridiques et administratifs impliquent un laxisme et une certaine complaisance qui se fait au détriment du droit de l'enfant. Toujours d'après notre enquête semi directive, un des faits étonnants c'est que le Ministère de la Santé et du Planning Familial ne dispose pas de politique de lutte bien

définie contre la maltraitance. Cependant, la promotion de la santé maternelle et infantile occupe une place importante dans la politique de santé à Madagascar et cela vient d'être renforcée par l'insertion du volet planning familial comme priorités dans le programme d'activités lors de la dernière réorganisation ce Ministère.

Vu ce problème épidémiologique et structurel et la rareté des travaux de thèse soutenue à la Faculté de Médecine d'Antananarivo jusqu'ici (une thèse sur les cas d'infanticide dans la ville de Mahajanga et une thèse sur le viol à Antananarivo), nous avons essayé, à travers cette étude, de voir la réalité par le biais des enquêtes au près des parents d'élèves des écoles primaires publiques d'Antananarivo focalisés surtout sur les facteurs de risque de la maltraitance.

Tout d'abord, nous avons pu constater que presque tous les parents enquêtés frappent leurs enfants dans la vie quotidienne (210 sur 217 parents).

Les facteurs de risque parentaux de maltraitance existent également dans les familles d'Antananarivo : 19,8% des parents affirment avoir des problèmes conjugaux, le quart sont alcooliques et/ou tabagiques, 81% des parents ont un niveau d'éducation inférieur ou égal au secondaire, le niveau socio-économique est également bas car le salaire moyen n'atteint même pas le double du SMIG (54 619 ariary). Les causes structurelle telle l'inflation, le chômage, les faibles revenus des ménages sont autant d'éléments qui influent sur le comportement des adultes et peuvent être source de maltraitance.

Ce sont les facteurs de risque les plus répertoriés mais la maltraitance peut se voir dans tous les milieux socio-économiques ou culturels, dans toutes les ethnies (17). De plus, la moitié des parents (51,7%) affirment être en colère quand ils frappent leurs enfants. Cet état de colère constitue un facteur majeur de non contrôle de geste et pourrait entraîner de blessure grave à l'enfant.

Il y a également des facteurs de risque tenant à l'enfant dans la genèse de la maltraitance. L'âge de l'enfant, les premiers nés, l'enfant ayant un handicap physique ou mental, les troubles du comportement (cause ou conséquence de la maltraitance), la

carence du lien mère enfant par exemple après une naissance gémellaire ou prématurée sont les facteurs de risque rapportés dans la littérature (17, 18).

D'après notre enquête, la majorité des parents frappent leurs enfants sans ni discrimination de rang ni discrimination de sexe. Il y avait un parent qui frappe son enfant handicapé et deux autres qui frappent leurs enfants non désirés. Les enfants moins de 1 an et ceux plus de 14 ans ne sont pas frappés par leurs parents. R Kohler et collaborateurs ont rapporté que 80% des enfants hospitalisés pour sévices ont moins de 3 ans et les nourrissons de moins de 1 an sont les plus exposés au risque d'infanticide (18).

Les motifs de la violence liés à l'enfant sont variables : têtue et bavard, association de « bêtises », difficile à enseigner ... Ces motifs ne sont pas rapportés dans la littérature mais nous pensons qu'ils font parti des circonstances de survenue de maltraitance à savoir afin de les prévenir par les différents moyens d'information, d'éducation et de communication pour changer le comportement de chacun dans les manières d'éduquer les enfants.

Un des points forts de ce travail est l'analyse des manières des parents quand ils frappent leurs enfants. Les données de la littérature que nous avons pu consultées ne les ont pas mentionnées. En effet, soit elles traitent les données cliniques et paracliniques ainsi que les traitements y compris la prévention de la maltraitance (3-15), soit elles se consacrent aux prises en charge de celle-ci ou à la comparaison des cadres institutionnels relatant à ce sujet (19 -20 -21 -22), soit à l'étude des indicateurs pour mesurer le risque de maltraitance dans la communauté (23).

Plus de la moitié des parents frappent leurs enfants plus de 2 coups pour un motif. Pour cela, 41,6% n'utilisent que leurs mains , 33% utilisent des objets divers et 25,4 % utilisent à la fois leurs mains et des objets. Ces deux dernières manières augmentent considérablement le risque de survenue de blessure grave de l'enfant d'autant plus que l'objet utilisé peut être un bâton ou une ceinture.

En outre, la région du corps la plus frappée est le membre inférieur et cela n'écarte pas la survenue de fractures de fémur ou de jambe comme ceux qui ont été rapporté dans la littérature (6,18). La malnutrition pourrait être également un facteur de morbidité dans cette situation, vu le bas niveau socio-économique des parents pour un moyen d'enfant à charge à 3,48. 38 % des parents frappent n'importe quelle région du corps de l'enfant et 1% ne frappe que la tête de leurs enfants. Pourtant, D Mbassa Menick a rapporté que dans la culture africaine, on ne frappe pas un enfant au visage (24)

Ceci nous amène à dire que la définition de la maltraitance, au moins en Afrique ne peut pas être dissocié des aspects culturels et de la moralité de la population.

A Antananarivo, 60,8 % des parents frappent leurs enfants par habitude, et 36,4 % le font par pure tradition. Nous pensons que cette habitude n'arrive pas au hasard chez ces parents mais pourrait inconsciemment être l'héritage d'une tradition malgache ou l'influence de la vie en société concernant la façon d'éduquer les enfants. Seuls 2,9% des parents affirment avoir frapper leurs enfants que par croyance religieuse en appliquant ce qui est écrit dans la Bible. (Proverbe19.18)

D'ailleurs, 121 parents, soit 59%, frappent leurs enfants dans le cadre d'une correction, pour les faire comprendre quelque chose et en les montrant en même temps leur autorité. 55 parents, soit 26%, sont convaincus que frapper leurs enfants fait partie de la bonne manière de les éduquer...

En Afrique par exemple, on exige des enfants respects et considérations envers les parents et les aînés. Ces derniers sont en droit de leur infliger « des sanctions légales », droit coutumier des parents africains administrés à leurs enfants pour leur bien (24)

C'est surtout cette question de culture et de moralité qui pose un problème dans la vraie définition de la maltraitance en Afrique et à Madagascar. Pourtant, nous avons ratifié depuis 1991 la Convention des Droits de l'Enfant. La question que nous nous proposons de répondre à la suite de cette étude reste donc valide. Frapper un enfant au quotidien : maltraitance ou forme d'éducation chez les malgaches ?

D'une part et d'une façon globale, nous nous adhérons au rapport de l'étude et analyse sur les droits des enfants en situation difficile dans les villes de Fianarantsoa, Mahajanga, Antsirabe et Antananarivo en 1999 initiées par l'UNICEF et le Ministère de la Population, des Conditions Féminines et des Enfants qui disait : « les droits des Enfants sont bafoués. Ce qui se manifeste dans les domaines suivants : l'éducation, la privation du milieu familial, les libertés civiles et fondamentales, les enfants handicapés, le nom et la nationalité, la santé , le travail des Enfants, les autres formes d'exploitation des enfants, l'adoption, les mauvais traitements, l'administration de la justice et pénitentiaire des enfants, la responsabilité des parents et enfin la connaissance et la mise en vigueur de la Convention des Droits de l'Enfant » (25)

De plus, à travers notre enquête, nous avons pu constater que 96% des parents frappent leurs enfants dans la vie quotidienne et nous ne savons pas les limites de cet acte. Il n'y a pas d'indicateurs pour prédire qu'un seul coup avec la main donné par un parent se sentant en « état normal », de bonne éducation, de niveau socio-économique acceptable, dans le but de corriger et de bien éduquer son enfant ne peut être cause d'une blessure grave. Nous ne pouvons pas également imaginer la réaction physique, psychologique de cet enfant vis à vis de cet acte.

A ce stade, l'enfant est classé enfant « en risque » c'est à dire que les conditions d'existence de l'enfant peuvent mettre en danger sa santé, sa moralité, son éducation ou son entretien sans qu'il y ait pour autant de « maltraitance » véritable (18). Selon cette définition, nous avons pu identifier 730 enfants « en risque » dans ces 3 écoles primaires publiques et les facteurs de risque de maltraitance liés aux parents et ceux relatant aux enfants sont présents.

D'autre part, en analysant la situation africaine et malgache, la sanction s'observe dans toutes les sociétés animistes. Selon la littérature, cette sanction n'est pas à confondre avec les mauvais traitements, car les cultures africaines ne tolèrent pas les abus et violences gratuites sur les enfants. Un des proverbes malgache disait : « ny zanaka tiana no anarina » et 36,4% des parents enquêtés continuent à frapper leurs enfants en pensant que c'est la tradition qui ne présente jusqu'ici aucun inconvénient

à leur égard. D'ailleurs, les punitions corporelles sont bien délimitées et la communauté dispose d'un droit de regard et d'ingérence sur la manière dont ces sanctions sont administrées aux enfants (26-27-28-29-30-31-32)

La sanction est « légale » dans le droit coutumier africain tant qu'elle est administrée pour le bien de l'enfant et sans exagération car, le droit légal punit les excès même s'il tolère de telles pratiques. Ainsi, les sanctions infligées aux enfants sont encore et toujours portées au débit d'une rigidité culturelle et éducative, utilisant des techniques pédagogiques : des sanctions corporelles, des privations de nourriture, des railleries, des sarcasmes ... pour inculquer aux enfants la hiérarchie des valeurs propres à la société (26-28-29-33)

Ces sanctions s'inscrivent volontiers dans le cadre d'une douleur maturante et structurante qui prépare les enfants à endurer les peines dans un monde où ont prédominé l'esclavage, la colonisation avec leur cortège de frustrations et d'humiliations, et où prédominent encore aujourd'hui, les famines, les guerres, ainsi qu'un environnement hostile où seuls les plus courageux pouvaient et peuvent s'en sortir.

Cette opinion reste encore généralement partagée par l'ensemble du corps social, légitimée par les autorités administratives, judiciaires et scolaires (27,28). Pour cette raison, un instituteur ne sera pas traduit en justice pour avoir « botté trois fois les fesses » d'un élève récalcitrant. Ainsi, n'importe qui dans l'entourage socio-éducatif peut infliger une correction à un enfant même s'il n'en est pas le géniteur, dès qu'il est établi que celui-ci a commis une faute qui mérite une sanction. C'est ce théâtre de soumission et de répression permanentes que Ezembé qualifie à juste titre de « parenté de crainte » (28).

Une telle organisation sociale peut enfermer certains parents dans le déni au point d'ignorer la douleur et la souffrance de l'enfant. Cela nous amène toujours à la notion d'enfant « en risque » même si le fait de frapper un enfant pour le punir pour son bien est culturellement accepté. En effet, le problème est toujours de savoir jusqu'où peut aller cette sanction et quelles seraient ces conséquences physiques et/ou morales.

De plus, tous les parents ne connaissent pas les droits des enfants et ils continuent à éduquer leurs enfants aux manières qu'ils jugent bonnes et escients.

C'est pourquoi, la majorité des parents limite la maltraitance infantile aux cas de pédophilie, d'inceste ou d'infanticide dont ils ont souvent connaissance dans les pages faits divers des médias. Ces parents excluent ainsi toute autre acte de violence physique ou morale qu'ils peuvent exercer de façon régulière sur leurs enfants conformément aux exigences culturelles, religieuses et au droit coutumier.

SUGGESTIONS

SUGGESTIONS

L'enfant est une personne humaine qui doit être traitée avec dignité. IL doit également connaître ses droits.

Pour prévenir et mieux prendre en charge les cas de maltraitements, nous nous permettons d'émettre les suggestions suivantes :

- ❖ Faciliter l'accès à l'éducation pour tous jusqu'au niveau baccalauréat et renforcer l'alphabétisation pour les adultes afin de les mieux informer sur les droits des enfants ;
- ❖ Elaborer des programmes permanents d'information, d'éducation et de communication pour les parents sur les autres manières de corriger les enfants et sur les différentes méthodes d'éduquer dans le but également de changer les habitudes et laisser les traditions entravant le respect des droits des enfants ;
- ❖ Améliorer le niveau socio-économique de la population par la réalisation des différents projets de lutte contre la pauvreté ;
- ❖ Renforcer et généraliser les comités de vigilance de la maltraitance au niveau des quartiers ;
- ❖ Encourager les gens à déclarer les cas de maltraitance tout en assurant leur protection ;
- ❖ Elaborer et divulguer une procédure de signalement de maltraitance après une cogitation entre juges, sociologues, psychiatres, psychologues, chirurgiens pédiatres, pédiatres, éducateurs, responsables administratifs de quartiers, des communes, des districts et des régions ainsi que les différents représentants des Ministères et Organisations Nationales et Internationales impliquées dans la maltraitance de l'enfant ;
- ❖ Faciliter le recours à la justice en cas de violence ;
- ❖ Renforcer les capacités de l'Etat à sanctionner les auteurs de la maltraitance ;
- ❖ Améliorer les prestations de service de l'Etat en vulgarisant en bilingue la Convention sur les droits des enfants, en aidant les ONG qui s'occupent des enfants maltraités, en mettant en place des centres d'accueil ;
- ❖ Instaurer une véritable politique d'éducation/sensibilisation aux problèmes de maltraitance.

CONCLUSION

La pratique des coups est courante à Madagascar et les enfants ne disposent d'aucun moyen pour se défendre. De plus ceux ci ne connaissent pas leurs droits.

Les facteurs de risque de maltraitance liés aux parents ainsi que ceux relatant aux enfants sont présents dans notre société. En outre, une certaine forme de violence pratiquée dans un cadre éducatif et répressif est tolérée par la culture et donc par la communauté qui hésite en cas d'abus à intervenir.

Vu cette situation et d'après notre enquête, le fait de frapper un enfant au quotidien le met dans le groupe des « enfants en risque » sans qu'on puisse les considérer comme « maltraités ».

Cependant, les mauvais traitements des enfants existent dans notre société, ceci en raison de facteurs sociaux, économiques, psychologiques et culturels. Parmi les causes directes, les parents, la communauté et l'Etat ont une part importante de responsabilité.

Au niveau de la communauté, les raisons de mutisme sont la peur de briser le « fihavanana » en s'ingérant dans les affaires de la famille.

Au niveau de l'Etat, il s'agit d'un laxisme qui ne fait que légitimer les mauvais traitements au niveau de la communauté et des parents.

Bref, de nombreux enfants en sont victimes ou « en risque » car cela est une pratique intégrée dans les mœurs, une situation qui a amené à la création de comités de vigilance contre la maltraitance initiée par le Ministère de la Population. Ce système ne pourrait être fructueux sans la contribution de tout un chacun à la lutte contre la maltraitance.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIES

- 1- UNICEF- Conventions relatives aux droits des enfants- 1989. Novembre.
- 2- Allo maltraitance=119 ; Maltraitance : diagnostic
at. « <http://fr.wikipedia.org/wiki/Matraitance>
- 3- B.Chabrel, G Fortin, et al; prises en charge et prévention de la maltraitance
au Québec- Archives de pédiatrie 1998; 5: 0366-1370
- 4- A Bourrillon- M Yvon Tallec ; Sévices à enfants : diagnostic et conduite
médico-légale ; Revue du praticien 1999, 49 ; 989-994
- 5- M Roussey–Les enfants victimes de sévices-
(<http://www.med-univ-rennes1.fr/etud/pediatrie/sevices.htm-du 1/06/2005>)
- 6- B Bader-Meunier, V Nouyrigat ; Prises en charge initiale des enfants
victimes de mauvais traitements- EMC Medecine1 (2004), 352-364
- 7- Maltraitance et violence ;
(<http://iufm74.edrs74.ac-grenoble.fr/74maltr.html> du 23/06/2005)
- 8- JF Maller, JP Padovani, P Rigaut; Le syndrome de Silverman ou
syndrome des enfants battus- Annexes de pédiatrie 1984, 31, n°2 ; 117-125
- 9- P Verhaeghe- M Grandinet col; Maltraitance ou ostéogenèse imparfaite :
une confusion régulièrement nuisible aux familles atteintes par une forme
sporadique- Journal de Médecine Légale et droit médical, 2001, vol 44, n°4, 301-308
- 10- P Mareteaux- M Le Merrer ; Enfant battu ou enfant fragile ?
Archives de pédiatrie 10 (2003) 679-680
- 11- G Schneider-Manory–L Galicier ; Conduite à tenir en cas de polytraumatisme

Aventis internat 288.Juin 1999

- 12-**J Latarjet- JL Foyatier- E Tchattirian ; les brûlures-
Les revues du praticien 1995, 45, 9 ; 379-386
- 13-**D Pierron- L Galicier ; Traumatisme crânien, conduite à tenir
en situation d'urgence ; Aventis internat 285 ; juin 1999
- 14-**D Blasquez- L Galicier ; Diagnostic et conduite à tenir d'urgence en cas
de traumatismes fermés de l'abdomen ; Aventis internat 287b ; juin 1999
- 15-**L Sann- M David; Un nouveau rôle pour le pédiatre :
la prévention de la violence sociale- Archives de pédiatrie 1998 ; 5 : 307-317
- 16-**Farah; Droits des enfants : 1 à10 cas de violence par jour
dans la capitale : Journal le QUOTIDIEN du 26/04/2005
- 17-**M Nathanson- B Tisseron; Les ecchymoses de l'enfant,
signes de maltraitance ; Journées Parisiennes de pédiatrie 2004 : 81-86
- 18-**R Kohler- Y Gillet et col; L'orthopédie et la maltraitance
in fracture de l'enfant- Monographie du groupe d'étude en orthopédie
pédiatrique, Sauramps Médical 2002 ; 53-62
- 19-**J Morellec- M Balençon- M Rossey ; Le réseau PMI :
Hôpital pour la prévention précoce et la prise en charge de
la maltraitance en Ille et Vilaine, Archives de pédiatrie 12 (2005), 669-671
- 20-**C Rey- J Salomon-et col: Examen des victimes d'agression sexuelle
de moins de cinq ans, Archives de pédiatrie-12, 2005 ; 664-665
- 21-**GT Forin : Les services de protection de l'enfance du Québec à la France :

différences et similitudes ; Archives de pédiatrie 12, 2005 ; 661-663

- 22-** G Picherot ; Maltraitance chez l'enfant en bas âge :
comparaison des pratiques canadiennes et françaises ; Archives de pédiatrie 12 : 672-673
- 23-** W Sabol- C Coulton- E Polousky ; Measuring child maltreatment
risk in communities : a life table approach child abuse and neglect 28(2004): 967-983
- 24-** D Mbassa Menick; Adolescence et violence: impact des traditions et
coutumes africaines dans la signification de la loi à l'enfant en pratiques
familiales, sociales, éducatives et juridiques- Médecine Tropicale, 2003, 601-607
- 25-** YN Rakoto- D Razafindrazaka ; Etude et analyse sur les droits des enfants
en situation difficile dans les villes de FIANARANTSOA- MAHAJANGA-
ANTSIRABE- TANANARIVE ; 1999 : 16
- 26-** Ezembe F- Droits de l'enfant et approche de la maltraitance dans la culture
africaine Migrants Formation 1995 : 103 : 60-70
- 27-** Ezembe F- Comment la violence psychologique est pensée dans les pratiques
familiale, sociales, éducatives et juridiques en situation de migration.
In « Gabel Maltraitance psychologique ». Fleurus ed.Paris. 1997, pp293-316
- 28-** Ngoura C- Cultures et mauvais traitements infantiles. Séminaire international
sur les mauvais traitements des mineurs : réalités, caractéristiques, enjeux, réponses
ISPCAN- AFIREM- DEI- Cameroun. 20-24 Juin 1995. Yaoundé
- 29-** Ngoura C- La protection sociale de l'enfant dans l'Afrique traditionnelle.
Rapport général des journées d'étude sur les enfants en conflit avec
la loi. 30/31 août-1^{er} septembre organisées par D.E.I.-Cameroun à Yaoundé 1993
pp53-70
- 30-** Seck B- Ly Kaneo- Lambert P- Conséquences physiques et psychosociales de

la maltraitance infantile. In « SYLLA O- GUEYE M- COLLIGNON R-
Les mauvais traitements des mineurs : réalités, caractéristiques, enjeux, réponses »
Séminaire International ISPCAN-AFIREM. 18-22 Avril 1994, Dakar

31- Mbassa MD- Ngoh F- Maltraitance psychologique d'enfants drépanocytaires
au Cameroun : Description et analyse de cas. Med. Trop 2001 : 61 : 163-168

32- Mbassa MD- Akiwowo AC- Therapeutic process and selected cultural variables:
understanding African concepts of family and cultural morals versus laws and
legal systems. 7th colloquium. 2-5 June 1999, organized by APSAC in San Antonio
(Texas). USA (1999)

33- Kwabassa- Nsan- Okhan- La personne âgée dans la société africaine-
Gérontologie et société- 1982:1- 115-123)

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate.

Je promets et je jure, au nom de l'Être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais au salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qu'il s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religions, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et ma pension.

Je garderai le respect absolue de la vie humaine dès la conception , même sous la menace, je n'admettrai de faire usage de mes connaissance médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissants envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je suis couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de Thèse

Signé : Professeur RATSIVALAKA Razafy

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine
d'Antananarivo

Signé : Professeur RAJAONARIVELO Paul



Name and first names: ANDRIANIRINARISOA Zoly Mihaja Heritiana

Title of the thesis: To hit child to the daily: Maltreating or shape of education at the Malagasy?

CATEGORY: Social pediatric

Number of page: 51

Number face: 12

Number of pictures: 3

Number bibliographic references: 33

SUMMARY

This study is prospective and describing results of a directive investigation conducted with student's parents of three public primary schools in Antananarivo, and a semi-directive investigation conducted with public authorities responsible of "children in difficult situation" (Ministry of population, ministry of justice and ministry of health, Central office station, UNICEF and Non governmental Organisation which are taking care of these children.

217 parents have participated with this study, from which 210 affirmed having hitting their children with their daily life. Risk factors of maltreating related to parents and so as those which are related to children are seen in our society. The majority of parents hit their children by habits, as correction, to let them know and to show them at the same time authorities. 26% are convinced that hitting their children is part of good ways to educate them. 730 children are "risky" children.

However, we have been able to observe the incoherence of number of cases of maltreating registered at the administrative institutions. Communications related to the right of children are now initiated by UNICEF and the ministry of population.

Key words: Maltraitance, child, culture, right, investigation.

Director of thesis: Professor RATSIVALAKA RAZAFY

Reporter of thesis: Doctor SOLOFOMALALA Gaëtan Duval

Address of the author : Lot VP 19 IN Ambohimandra Antananarivo 101

NOM ET PRENOMS : ANDRIANIRINARISOA Zoly Mihaja
Heritiana

TITRE DE LA THESE : Frapper d'enfant au quotidien :

Maltraitance ou forme d'éducation chez les malgaches ?

RUBRIQUE : Pédiatrie sociale/ Orthopédie pédiatrique

Nombre de page : 51 **Nombre de figure :** 12

Nombre de tableaux : 3 **Nombre de références bibliographiques :** 33

RESUME

Il s'agit d'une étude prospective et descriptive des résultats d'une enquête directive menée auprès des parents d'élèves de trois Ecoles Primaires Publiques d'Antananarivo d'une part et d'une enquête semi-directive menée auprès des Autorités publiques responsables des « enfants en situation difficile » (Ministère de la Population, Ministère de la Justice et de Garde de Sceaux, Ministère de la Santé, Brigade des mœurs et des mineurs du Commissariat Central), de l'UNICEF et des Organisations Non Gouvernementales qui prennent en charge les enfants maltraités.

217 parents ont bien voulu participer à cette étude dont 210 affirment avoir frappé leurs enfants dans la vie quotidienne. Les facteurs de risque de maltraitance liés aux parents ainsi que ceux relatant aux enfants sont présents dans notre société. La majorité des parents frappent leurs enfants par simple habitude et ceci dans le cadre d'une correction, pour les faire comprendre quelque chose et en les montrant en même temps leur autorité. 26% sont convaincus que frapper leurs enfants fait partie de la bonne manière de les éduquer. 730 enfants sont des enfants « en risque ».

Cependant, nous avons pu observer l'incohérence du nombre de cas de maltraitance enregistrés auprès des instances administratives. Des actes de sensibilisation concernant les droits des enfants sont actuellement initiés par l'UNICEF et le Ministère de la Population.

Mots clés : Maltraitance, enfant, culture, droit, enquête.

Directeur de thèse : Professeur RATSIVALAKA RAZAFY

Rapporteur de thèse : Docteur SOLOFOMALALA Gaëtan Duval

Adresse de l'auteur : Lot VP 19 A Ambohimandra Antananarivo 101