



ORIGINAL ARTICLE

Psychological impact of child sexual abuse: descriptive study at the forensic medicine department of the Annaba University Hospital

Yacine ZERAIRIA^{1,2}, Imene BOUAKKAZ^{2,4}, Sara BENDIAB¹, Abdelali AOUADI³, Lilia SAKER^{1,2}, Fateh KAIIOUS^{1,2}, Lakhdar SELLAMI^{1,2}, Fatma GUEHRIA^{1,2}, Nesrine BELKHEDJA^{1,2}, Youcef MELLOUKI^{1,2}

ABSTRACT

Introduction. This study aims to shed light on the psychological impact of child sexual abuse. **Patients and Methods.** We conducted a descriptive and prospective study on a sample of 94 child victims of sexual abuse, examined at the Department of Forensic Medicine at Annaba University Hospital. **Results.** The sex ratio was 0.6, and the mean age was 11.71 ± 4.46 years. Approximately one-third of the children (31.9%) were under the age of 9. In 48% of cases, the abuse led to a forensic consultation within 72 hours. Following the forensic examination, a psychological consultation was systematically proposed and accepted in 70.2% of cases. Psychological impacts and reactions were observed in 69.7% of cases, including cognitive disorders, anxiety-depressive symptoms, and behavioral or conduct disorders. In contrast, 21.2% of the victims showed no psychological impact, and in 9.1% of cases, the psychological status could not be assessed. **Conclusion** We emphasize that integrating psychological support within a comprehensive, multidisciplinary care framework can significantly reduce the long-term post-traumatic consequences of sexual abuse and foster the victim's recovery. This approach requires the establishment of dedicated care and support units for victims of sexual abuse, where psychologists, psychiatrists, gynecologists, forensic specialists, and laboratory teams can work in close collaboration.

Keywords: Sexual abuse; Child; Psychological impact; Forensic medicine.

1. Service de Médecine légale, Hôpital Ibn Rochd, CHU d'Annaba – Algérie. 2. Faculté de médecine d'Annaba – Algérie. 3. Unité Rimbaud, Centre hospitalier Alpes Isère. Saint Egrève – France. 4. Service de Médecine physique et Réadaptation B, EHS Seraidi, Annaba – Algérie.

Received: 23 May 2025

Accepted: 08 Jul 2025

Correspondance to: Yacine ZERAIRIA
E-mail : zerairia.yacine@gmail.com

1. INTRODUCTION

Les abus sexuels (AS) envers les enfants sont depuis longtemps perçus comme une forme particulièrement grave de maltraitance infantile. Ces actes sont largement reconnus à l'échelle mondiale, tant du point de vue sanitaire que juridique, comme un problème majeur de santé publique ainsi qu'une question sociale de grande envergure. D'après les données mondiales disponibles en 2007, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a estimé que 20 % des femmes et entre 5 % et 10 % des hommes avaient subi des AS durant leur enfance [1,2].

En Algérie, les AS sur les enfants représentent aujourd'hui un véritable fléau. L'ampleur du phénomène est alarmante, bien que la prévalence exacte reste difficile à évaluer. Ces abus engendrent des répercussions graves, tant sur le plan psychologique que sur le développement général des enfants concernés. Certaines victimes peuvent développer des troubles psychiques sévères [3]. Les conséquences psychologiques des abus sont multiples et se manifestent aussi bien à court qu'à long terme. Ces troubles incluent notamment [4] : un syndrome psychotraumatique, des états dépressifs, associés à des pensées suicidaires et parfois des tentatives de

suicide, des perturbations comportementales dans des domaines variés : sexuel, relationnel et scolaire, des troubles de conduite. des altérations du développement intellectuel et émotionnel, la délinquance, et la stigmatisation

En Afrique, il faut souligner que peu d'études se sont penchées sur les répercussions psychologiques des AS, ce qui laisse un vide important dans la compréhension du phénomène.

Définitions

Pour les besoins de cette étude, il est nécessaire de clarifier deux concepts essentiels : celui d'« enfant » et celui d'« abus sexuel ».

- *L'enfant* : Selon les dispositions de la Convention internationale des droits de l'enfant, de la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, ainsi que de la loi algérienne relative à la protection de l'enfant, la définition de l'enfant est la suivante : il s'agit de toute personne n'ayant pas atteint l'âge de dix-huit ans. Le terme « mineur » est synonyme de « enfant » dans ce contexte [5-7].
- *Les abus sexuels (AS) sur les enfants* : dans le cadre de ce travail, le terme d'« AS » inclut toutes les formes de violences sexuelles exercées par un individu, qu'il agisse seul ou au sein d'un groupe organisé, dans un but commercial ou non. Ces abus peuvent avoir lieu tant au sein de la famille qu'en dehors, et peuvent être commis par des personnes familières à l'enfant ou non. Il est important de préciser que, du fait de leur minorité et de la pression exercée sur eux, qu'elle soit de nature économique, sociale, affective ou culturelle, le consentement de l'enfant est toujours ignoré [8, 9].

But de l'étude

La présente étude se propose d'apporter un éclairage sur le retentissement psychologique de ces abus commis sur un échantillon d'enfants pris en charge dans le service de médecine légale du CHU d'Annaba.

2. PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale avec collecte prospective des informations. La population étudiée est faite de tous les patients âgés de moins de 18 ans le jour de l'agression, victimes d'AS présumé, accompagnés de leurs tuteurs légaux reçus et consultant sur réquisition judiciaire à l'unité d'exploration médico-judiciaire (UEMJ) de notre service, après dépôt de plainte, et ayant bénéficié d'un rapport médico-légal. Ce rapport est destiné à être produit en justice. L'étude a été réalisée durant une période de quinze mois. Le consultant a pris en compte les définitions sus données et a veillé à n'exclure aucune forme ou aucun aspect des AS dans l'étude. À l'issue du recrutement, nous en avons dénombré 94 enfants.

Pour chaque cas de notre série, et après l'examen clinique, une consultation chez la psychologue du service était programmée. Elle visait une évaluation psychologique à la recherche d'un trouble mental ou d'une personnalité pathologique, une évaluation du retentissement psychique de l'abus présumé et une éventuelle prise en charge spécialisée.

Les données ont été recueillies, à l'aide d'un questionnaire établi par nous-mêmes, après entretien avec les victimes ou, dans le cas de très jeunes enfants, le tuteur légal accompagnateur (parents ou autres). La saisie et l'analyse des données ont été réalisées au moyen des logiciels Epi info® version 3.5.4 et SPSS version 23.0 ; la saisie a été faite par nous-mêmes, quant à l'analyse, elle a été faite par un technicien en statistiques. Les résultats sont exprimés en effectifs et en pourcentages pour les variables qualitatives, et en moyennes, médianes et écart-type pour les variables quantitatives.

Nous avons veillé scrupuleusement et systématiquement au respect des principes d'éthique, d'humanisme et de sécurité dans toutes les étapes de la rencontre et pour chaque cas, conformément aux recommandations du Conseil des organisations internationales des sciences médicales, en collaboration avec l'OMS, notamment la ligne directrice sept intitulée « Recherche impliquant des enfants et des adolescents » [10].

Limites de l'étude :

Notre recherche se concentre sur les cas d'AS sur les enfants enregistrés au sein de l'UEMJ du CHU d'Annaba. Il convient de noter que notre échantillon ne peut être considéré comme représentatif de l'ensemble des enfants victimes d'AS pour plusieurs raisons :

1. **Sélection des cas** : Tous les enfants victimes d'AS ne bénéficient pas nécessairement d'une prise en charge médico-légale. Notre étude se limite aux cas ayant fait l'objet d'une plainte judiciaire, ce qui implique que les enfants ne déposant pas plainte ne sont pas inclus dans cette analyse.

- Types d'abus non pris en compte : Les AS sans contact direct, tels que les comportements sexuels non physiques, ne sont pas abordés dans cette étude. Ces cas sont rarement signalés aux autorités judiciaires, ce qui limite notre échantillon aux abus avec contact corporel.
- Taille de l'échantillon : En raison de la spécificité de notre population étudiée, la taille de l'échantillon (94 enfants) demeure relativement réduite, ce qui limite la généralisation de nos résultats à une population plus large. De plus, le recrutement des participants étant soumis à des critères stricts (plaintes judiciaires et réquisitions judiciaires), l'échantillon peut ne pas refléter fidèlement la réalité de l'ensemble des enfants abusés sexuellement.

Ces limites nous empêchent de tirer des conclusions définitives sur la prévalence des AS dans la population générale algérienne ou d'obtenir des profils analytiques qui permettraient une estimation à l'échelle nationale. Par conséquent, les résultats de cette étude doivent être considérés comme préliminaires, et les hypothèses formulées à partir de ses données ne peuvent pas être validées au-delà des cas spécifiques recensés dans le cadre de cette recherche.

3. RÉSULTATS

Données relatives au profil de l'enfant

Environ deux tiers (62,8 %) des enfants étaient de sexe féminin, avec un sex-ratio de 0,6. Nos victimes étaient classées par tranches d'âge représentant les trois phases suivantes : enfants en âge préscolaire (moins de 6 ans), petits enfants (6 à 11 ans), grands enfants et adolescents (collège et lycée : 12 à 17 ans). Nous avons noté que tous les âges étaient concernés par les AS.

Globalement, et quel que soit le sexe, nous avons constaté que plus de la moitié des victimes d'AS était âgée entre 12 et 17 ans (58,6 %). La classe d'âge comprise entre 6 et 11 ans occupait la deuxième position (26,6 %), suivie par celle comprise entre 0 et 5 ans (14,9 %). Chez les filles, environ deux tiers étaient âgés entre 15 et 17 ans (61 %), cependant chez les garçons, la classe d'âge la plus touchée par les AS était celle comprise entre 6 et 8 ans (37,1 %). Les âges extrêmes étaient entre 3 et 17 ans, avec une moyenne d'âge de $11,71 \pm 4.46$ (13.43 ± 4.05 chez les filles et 9.90 ± 4.18 chez les garçons).

Concernant l'état de puberté, globalement, plus de la moitié des enfants (55,3 %) étaient pubères au moment des faits, dont l'écrasante majorité était des filles (82,7 %). Presque la moitié des cas interrogés (46,8 %) déclaraient avoir été abusés sexuellement dans le passé, dont 86,4 % étaient commis par le même agresseur. Plus de la moitié des cas, soit 53,2 %, étaient issus d'un milieu urbain.

Le tableau 1 montre que l'enfant vivait avec ses parents dans environ trois quarts des cas (73,4 %). À noter qu'un quart (25,6 %) avait des parents divorcés/séparés ou décédés. Il appartenait à une famille comportant cinq personnes et plus dans 73,4 % des cas.

Tableau 1. Répartition des victimes selon l'hébergement de l'enfant.

Hébergement de l'enfant	Effectif	Pourcentage
Avec les parents	69	73,4%
Foyer monoparental	15	16%
Avec les grands-parents	7	7,4%
Avec les beaux-parents	2	2,1%
Avec des parents adoptifs	1	1,1%
Total	94	100%

Soixante dix-huit virgule huit pour cent des habitats des familles étaient de type collectif, tels les immeubles, les cités dortoirs et les bidonvilles ; il s'agissait de logements composés de trois (03) pièces et moins dans 77,6 % des cas. Le niveau d'instruction des parents des victimes interrogés le plus fréquent était représenté par un niveau secondaire ou moins (analphabète, primaire et moyen), avec un taux cumulé de 81,8 % des cas pour le père et 79 % des cas pour la mère.

Pour avoir une appréciation plus efficiente du niveau économique des ménages, nous avons posé des questions relatives à l'activité professionnelle des parents ($n = 88$ pour le père ; $n = 91$ pour la mère), son type et le revenu mensuel ; ce dernier était comparé avec le salaire national minimum garanti (SNMG) qui est de 20000 DA. Le revenu mensuel des ménages déclaré était inférieur ou égal à deux fois le SNMG chez 50 % des cas, reflétant un niveau socio-économique assez bas.

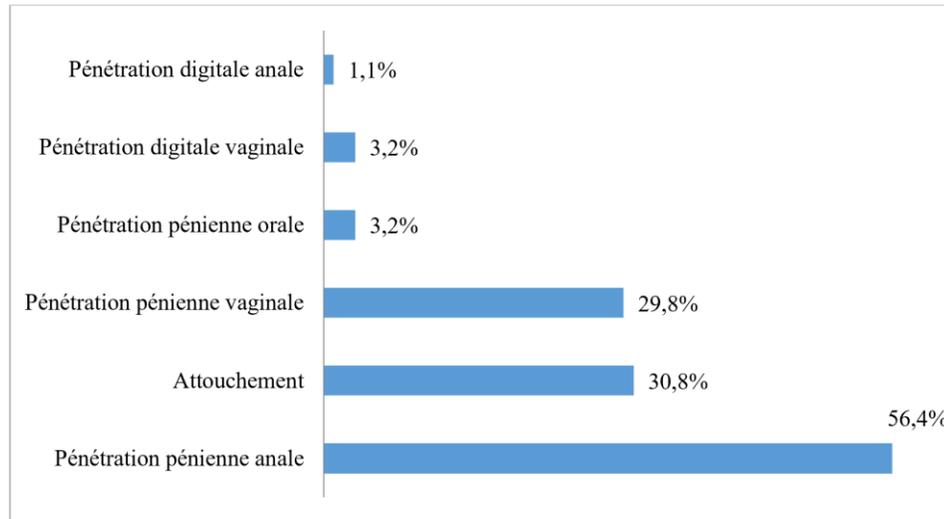


Figure 1. Répartition des cas selon le type de l'AS. (n = 94).

Données relatives à l'abus :

La figure 1 montre que les pénétrations péniennes anales étaient les plus fréquentes, quels que soient le sexe et l'âge, et concernaient plus de la moitié des cas (56,4%). Chez la majorité des cas interrogés (73,4 %), l'AS était commis avec des violences représentées principalement par les violences verbales et les violences physiques au moyen d'armes naturelles, avec des pourcentages respectifs de 66,7 % et de 59,4 %. L'agresseur menaçait sa victime au moyen d'arme blanche ou d'agent contondant dans respectivement 24,6 % et 8,7% des cas. Chez 4,3 %, la notion de soumission chimique a été évoquée. Cependant, dans 26,6 % des cas, l'agresseur utilisait d'autres techniques telles que des cadeaux, des promesses, de l'argent, etc. Il faut noter que pour les violences associées, un enfant peut être victime de plusieurs types en même temps. À souligner que la notion de séquestration n'était survenue que seulement chez 13,8 % des cas.

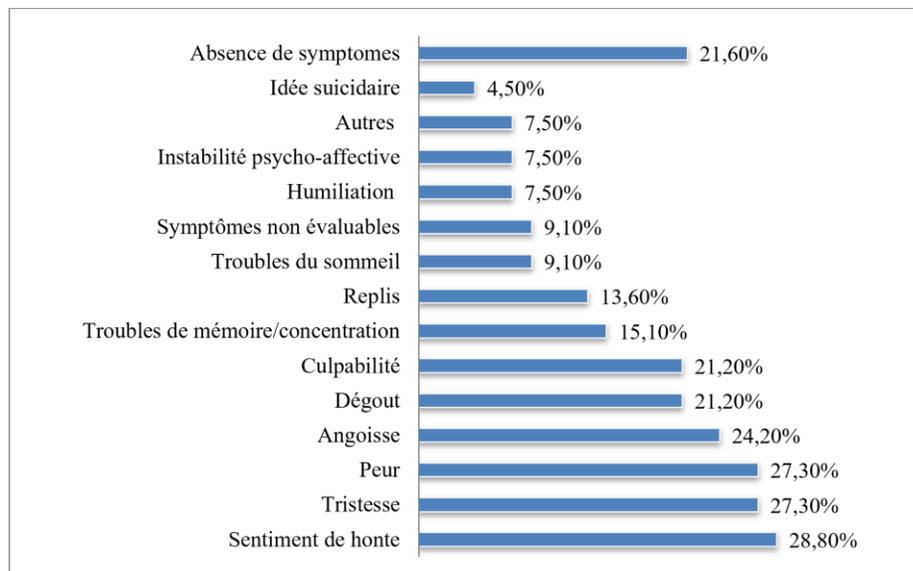


Figure 2. Répartition des cas en fonction de la nature des symptômes psychiques (n = 66).

Données relatives à la prise en charge psychologique :

Environ la moitié des enfants étaient pris en charge au niveau de l'UEMJ dans un délai dépassant les 72 h depuis les faits, avec un taux cumulé de 48 % ; chez un tiers (30,8 %) des cas, les faits remontaient à 7 jours et plus ; des délais de 30 jours à 4 mois étaient retrouvés chez 13 cas (13,8 %). Le délai moyen était de 9,4 jours. Les données de la prise en charge psychologique montraient que l'examen psychologique était accepté par 70,2 % des cas, dont plus de deux tiers (69,7 %) présentaient un ou plusieurs symptômes psychiques identifiés dans la figure 2. Leur moyenne d'âge était de 12,27 ans \pm 4,55.

La symptomatologie était non spécifique d'un trouble caractérisé chez 7,5 % des cas. À noter que pour les symptômes psychiques indiqués dans la figure 3, un enfant peut présenter plusieurs troubles en même temps. Les troubles de conduite concernaient 10 % des enfants, dont 66,7 % étaient des fugues et 33,3 % étaient des conduites addictives qui se limitaient à la consommation de psychotropes (deux cas) ou d'alcool (un cas).

Nous avons voulu avoir une idée sur la sexualité des filles pubères (n=41) : environ la moitié (43,9 %) avaient eu des rapports sexuels qu'elles qualifiaient de « consentis » avant l'AS et un dixième (9,8 %) après l'AS et 7,3 % des cas utilisait des moyens anticonceptionnel (des contraceptifs oraux et le préservatif masculin). Nous soulignons que ce questionnaire abordait un sujet tabou et que les résultats obtenus sont à prendre avec précaution.

4. DISCUSSION

Dans cette étude, nous avons cherché à mettre en lumière l'impact psychologique des AS sur les enfants, une réalité souvent ignorée ou sous-estimée. Il est important de noter que, selon le contexte, les termes utilisés pour désigner de tels abus peuvent varier en fonction du cadre littéraire, médical ou juridique, ce qui peut compliquer la comparaison des résultats d'études menées dans différents pays. Par exemple, le terme viol n'a pas la même signification dans la législation algérienne et française, ce qui peut nuire à l'harmonisation des données à l'échelle internationale.

Les effets psychologiques observés dans notre série (69,7 % des enfants présentant des symptômes psychiques) sont en accord avec ceux rapportés dans d'autres études africaines, comme celles de S. Atrous à Alger, L. Robbana en Tunisie et Faye Dieme ME à Dakar, qui ont également constaté des troubles psychologiques chez respectivement 62,3 %, 71,4 % et 61,8 % des victimes d'AS [11- 13]. Les troubles relevés chez nos victimes étaient principalement de nature cognitive et anxio-dépressive, comprenant des sentiments de honte, de peur, de tristesse, d'angoisse, de dégoût, de culpabilité et de repli sur soi. En outre, des troubles du sommeil, des troubles de la mémoire, de la concentration, des idées suicidaires ainsi que les troubles de la conduite tels les fugues et les conduites addictives ont été observés chez une minorité d'enfants.

En effet, les troubles psychologiques observés traduisent un état émotionnel perturbé, marqué par des distorsions cognitives, et peuvent se manifester par des comportements impulsifs, autodestructeurs ou encore par un isolement social. Il est bien reconnu que l'AS peut entraîner à moyen ou long terme un état de stress post-traumatique, des troubles anxieux ou dépressifs, des perturbations du comportement alimentaire, des insomnies, ainsi qu'une vulnérabilité accrue aux conduites addictives [4,9]. Ces observations sont cohérentes avec les conclusions d'autres études, notamment en Tunisie et au Sénégal, qui ont également révélé des troubles dépressifs et du comportement alimentaire chez les victimes d'AS [12-14].

Nos résultats concordent également avec des recherches menées en France, qui ont identifié des syndromes psychopathologiques divers, notamment des troubles cognitifs (difficultés de concentration, de mémoire, d'apprentissage) et des troubles du comportement (comportements antisociaux, fugues, repli sur soi) [15,16].

L'analyse des symptômes révèle une situation particulièrement complexe : les enfants peuvent développer des troubles psychologiques qui varient en fonction de leur âge ainsi que de la nature de l'abus subi. Par exemple, certains enfants plus jeunes peuvent ne pas manifester de symptômes immédiatement visibles, et il peut être difficile de poser un diagnostic en phase aiguë. De plus, il est crucial de noter que la souffrance psychologique des enfants ne se traduit pas toujours par des symptômes comportementaux évidents. Les jeunes enfants, en particulier, peuvent manifester leur détresse de manière plus subtile, par exemple à travers des troubles somatiques, alimentaires ou du sommeil. Ce phénomène a été observé dans notre étude et est également rapporté par plusieurs experts en pédopsychiatrie [15,17,18].

En revanche, la diversité des réponses comportementales et psychologiques des victimes d'AS dans notre étude, particulièrement parmi les plus jeunes, souligne la nécessité d'une évaluation clinique approfondie et personnalisée. Par exemple, chez certains enfants, des comportements sexuels précoces ont été notés, un symptôme souvent associé à des AS. Cependant, comme l'ont également observé d'autres chercheurs, la manifestation de la souffrance psychologique chez les victimes peut être difficile à évaluer, car elle varie considérablement d'un individu à l'autre et selon les circonstances [12, 14].

Il est aussi important de souligner que les troubles psychiques observés chez un certain nombre de nos victimes peuvent être temporaires, et sans suivi médical rigoureux, il est difficile de prédire leur évolution à long terme. Le manque de centres spécialisés pour la prise en charge des victimes d'AS en Algérie rend l'accompagnement psychologique difficile et moins structuré, ce qui peut entraver une récupération complète de la victime. Dans des pays comme l'Afrique du Sud et plusieurs pays occidentaux, un cadre multidisciplinaire bien établi permet de mieux gérer les conséquences post-traumatiques et de réduire les séquelles des victimes à long terme [19].

Enfin, le refus de consultation psychologique, observé dans un tiers des cas de notre étude, peut refléter diverses dynamiques sociales et psychologiques. Certains enfants peuvent considérer qu'ils n'ont pas besoin d'une prise en charge, tandis que d'autres peuvent être réticents à discuter de leur souffrance, notamment à cause de la peur, de la honte ou des répercussions sur leur vie familiale et sociale. Cela souligne l'importance d'une approche douce et adaptée dans l'accompagnement des victimes, pour les encourager à exprimer leurs traumatismes et à obtenir le soutien nécessaire.

5. CONCLUSION

Les résultats de cette étude révèlent l'ampleur des effets psychologiques que peuvent engendrer les AS chez les enfants, notamment des troubles anxieux, dépressifs et cognitifs. Ces séquelles peuvent être particulièrement sévères lorsque les abus restent ignorés, non reconnus ou quand les responsables ne sont pas jugés. Dans notre contexte, la prise en charge médico-légale des victimes reste insuffisante en raison de l'absence d'infrastructures spécialisées et d'un dispositif de soins intégré. La coordination entre les divers professionnels impliqués (psychologues, psychiatres, médecins légistes, autorités judiciaires, etc.) est encore rare. Cette lacune a un impact direct sur la réhabilitation des victimes, qui ne bénéficient pas d'un suivi psychologique adéquat et continu. Remédier à ces insuffisances dans le but d'améliorer la prise en charge des enfants passe nécessairement par la création, à l'échelle régionale, d'une unité médico-administrative d'accueil, d'information, d'orientation et de prise en charge des victimes et de leurs familles selon un modèle pluridisciplinaire où le médecin légiste joue un rôle crucial. En outre, une meilleure sensibilisation des professionnels de la santé et des autorités judiciaires, ainsi qu'une approche plus préventive au sein de la société, sont essentielles pour garantir une prise en charge optimale des victimes.

Competing interests: The authors declare that they have no competing interest.

Funding: This research received no external funding.

REFERENCES

1. WHO. Global status report on violence prevention. Genève; 2014.
2. Gamet ML. Violences sexuelles des mineurs en France : comment les médecins peuvent devenir des interlocuteurs privilégiés des victimes? *Sexologies*. 2013;22:112–123.
3. Kawsar M, Anfield A, Walters E, et al. Prevalence of sexually transmitted infections and mental health needs of female child and adolescent survivor of rape and sexual assault attending a specialist clinic. *Sex Transm Infect*. 2004;80:138–141. doi:10.1136/sti.2003.007791
4. Finkelhor D, Brown A. The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *Am J Orthopsychiatry*. 1985;55(4):530–541. doi:10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x
5. ONU. Convention relative aux droits de l'enfant. New York; 20 Nov 1989. 17 p.
6. Organisation de l'Unité Africaine. Charte africaine sur les droits et le bien-être de l'enfant. Addis-Abeba; juillet 1990.
7. Algérie. Loi n°15-12 du 15 juillet 2015 relative à la protection de l'enfant. *Journal officiel de la République Algérienne*. 2015 Jul 19; n°39.
8. Nathanson M, Oxley J, Rouyer M. Maltraitance envers les enfants et les adolescents. *J Pédiatrie Puériculture*. 2011;24:295–305.
9. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, et al. The battered-child syndrome. *JAMA*. 1962;181:17–24. doi:10.1001/jama.1962.03050270019004
10. CIOMS; WHO. Lignes directrices internationales d'éthique pour la recherche en matière de santé impliquant des participants humains. Genève: CIOMS; 2016. 104 p. Disponible sur: <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/09/CIOMS-EthicalGuideline-FR-2016-WEB.pdf>
11. Atrous S. Les violences sexuelles sur mineurs : aspects médico-légaux, juridiques et épidémiologiques. Thèse doctorat sciences médicales, Faculté de médecine d'Alger; 2017.
12. Robbana L, Belhadj A, Charfi F, et al. Étude de 28 expertises d'abus sexuels sur mineurs. *Neuropsychiatrie Enfance Adolescence*. 2014;62:287–292.

13. Faye Dieme ME, Traore AL, Gueye SMK, et al. Profil épidémioclinique et prise en charge des victimes d'abus sexuels à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2008;37:358–364.
14. Sy O, Fall L, Guèye M. Les abus sexuels à Kër Xaleyi : aspects sociodémographiques et contexte d'interventions. *Neuropsychiatrie Enfance Adolescence.* 2011;59:305–313.
15. Bessoles P. Psychopathologies péritraumatiques chez le mineur agressé sexuellement. *Neuropsychiatrie Enfance Adolescence.* 2006;54:233–239.
16. Hiquet J, Groleron Gros N, Gromb S. L'homme face aux violences sexuelles. Onze ans d'expérience au CAUVA du CHU de Bordeaux. *Rev Med Légale.* 2012;3:64–71.
17. Chariot P, Scius M, Lorin AS, et al. Violences sexuelles : examen médical des victimes ayant déposé plainte en 2009 en Seine-Saint-Denis (France). *Bull Épidémiol Hebd.* 2010 Oct 26;40–41:418–421.
18. Vasseur P. Abus sexuels : soyons clairs. *J Pédiatrie Puériculture.* 2003;16:333–337.
19. Dumas JE. Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. 4^e éd., rev. et augm., 2^e tir.; De Boeck; 2014. ISSN 2030-4196.