

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2016

N° 8

THESE

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire
le 25 février 2016

par

HEITZMANN Charlotte

née le 6 décembre 1991 à BITCHE

MALTRAITANCE À ENFANT : IDENTIFICATION PAR LE CHIRURGIEN-DENTISTE
ET MODALITES DE SIGNALEMENT

Président : Professeur MANIERE Marie-Cécile
Assesseurs : Professeur CLAUSS François
Docteur OBRY Frédéric
Docteur DUBOURG Sarah
Membre invité : Professeur RAUL Jean-Sébastien

Remerciements

À Madame le Professeur Marie-Cécile MANIERE,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Je vous remercie pour votre bienveillance tout au long de mes études et pour votre disponibilité lorsque j'ai pu faire l'option Vie de la Faculté.

Veillez trouver ici le témoignage de ma gratitude pour l'attention que vous portez à mon travail.

À Monsieur le Professeur François CLAUSS,

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Je vous remercie pour votre disponibilité, votre réactivité et vos précieux conseils. Mais aussi pour vos enseignements théoriques et cliniques toujours intéressants, vous nous avez beaucoup appris.

Veillez trouver ici toute ma reconnaissance pour le plaisir que j'ai pris à effectuer ce travail sous votre direction.

À Monsieur le Docteur Frédéric OBRY,

Pour l'honneur que vous m'avez fait d'accepter de siéger dans ce jury de thèse. Je me souviendrai de vos enseignements théoriques qui étaient toujours des moments fort intéressants.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

À Madame le Docteur Sarah DUBOURG,

Je suis très honorée que vous ayez accepté de participer au jury de cette thèse. Je n'ai pas eu la chance de vous avoir comme responsable pendant mes vacances cliniques mais je vous remercie pour votre bonne humeur et votre gentillesse lors des quelques échanges que nous avons pu avoir.

Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Jean-Sébastien RAUL,

C'est un grand honneur pour moi de vous compter parmi les membres de ce jury.

Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À mes parents, pour m'avoir toujours soutenue et bien conseillée. Merci pour tout, je vous aime.

À ma sœur Edwige, d'être toujours là pour moi.

À Louise, ma filleule adorée, tellement pleine de vie.

À mes grands-mères, pour qui j'ai beaucoup d'admiration.

À Pierre mon parrain, Danielle, Emilie, Manon et Franck, qui comptent énormément pour moi.

À Anne ma marraine, qui m'a toujours beaucoup gâtée.

À ma famille en général, ceux que je vois régulièrement et ceux que j'aimerais voir plus souvent.

À Fred, merci pour ton soutien et ta bonne humeur depuis toutes ces années, de me supporter et me rassurer dans les moments de doute. Merci pour tous ces beaux moments passés ensemble.

À mes amis d'enfance, qui ont contribué à ce que je suis devenue.

À mes amis de dentaire, pour tous les formidables moments passés ensemble en TP, en cours et surtout en clinique et en soirées. Merci Emma, Aurore, Hélène et Thomas pour votre bonne humeur et votre présence en toutes circonstances. Merci Mathilde et Marielle pour avoir partagé avec moi ce voyage inoubliable au Vietnam. Merci Thibault pour ton soutien psychologique et Simon pour avoir partagé des moments intéressants à Metz.

À Morgan, mon parrain de thèse, merci pour tes recommandations de bonnes tables.

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2016

N° 8

THESE

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire
le 25 février 2016

par

HEITZMANN Charlotte

née le 6 décembre 1991 à BITCHE

MALTRAITANCE À ENFANT : IDENTIFICATION PAR LE CHIRURGIEN-DENTISTE
ET MODALITES DE SIGNALEMENT

Président : Professeur MANIERE Marie-Cécile
Assesseurs : Professeur CLAUSS François
Docteur OBRY Frédéric
Docteur DUBOURG Sarah
Membre invité : Professeur RAUL Jean-Sébastien

Table des matières

Introduction	10
Chapitre I : Terminologie et épidémiologie	12
1) Terminologie	12
1.1 La négligence	13
1.2 Les abus physiques.....	14
1.3 La violence psychologique	15
1.4 Les abus sexuels.....	15
1.5 L'information.....	15
1.6 Le signalement	16
2) Epidémiologie	17
2.1 Les données générales	17
2.2 Un contexte à risque	18
2.3 Les données épidémiologiques sur les abus physiques	19
2.4 L'estimation de la négligence	20
2.5 Les autres données épidémiologiques.....	21
Chapitre II : Le cadre législatif	22
1) Le cadre international : les Droits de l'Enfant	22
1.1 Les traités internationaux	22
1.2 La Convention internationale des Droits de l'Enfant	23
2) La loi en France	25
2.1 La loi du 5 mars 2007	25
2.2 « Allô enfance en danger »	27
2.3 La levée du secret professionnel.....	28
2.4 La non assistance à personne en danger	29
2.5 L'obligation déontologique pour le chirurgien-dentiste	29
3) Et ailleurs	30
3.1 En Croatie	30
3.2 Au Royaume-Uni	30
3.3 Au Canada	31
3.4 En Italie	31

Chapitre III : Les signes cliniques et les conséquences de la maltraitance	32
1) Les signes d'appel cliniques	32
1.1 Les signes d'appel cliniques des abus physiques	32
1.2 Les signes d'appel cliniques de la négligence	38
1.3 Les signes d'appel cliniques des abus sexuels	41
1.4 Les signes d'appel cliniques de la maltraitance psychologique	43
2) Les conséquences locales et générales à court et moyen termes	44
3) Les conséquences psychologiques sur le long terme	45
Chapitre IV : La conduite à tenir au cabinet dentaire face à une forme de maltraitance infantile.....	48
1) De la suspicion à la prise de décision : l'importance du dossier médical. 48	48
1.1 La confrontation des données avec l'interrogatoire.....	48
1.2 À qui demander conseil ?	49
1.3 La documentation	50
2) La conduite à tenir pour chaque situation	51
2.1 Face à une infirmation	52
2.2 Face à une information préoccupante	52
2.3 Face à un enfant maltraité et en situation d'extrême gravité.....	54
2.4 L'organigramme récapitulatif local (Bas-Rhin)	58
3) La sensibilisation au cabinet dentaire	60
Chapitre V : Discussion	61
1) La communication avec les parents	61
2) Le dilemme du signalement.....	62
3) Les raisons pour lesquelles les chirurgiens-dentistes ne font pas les démarches	63
Conclusions	67
Références bibliographiques	71

Liste des figures

Figure 1: Histogramme des prévalences de maltraitance infantile sexuelle, physique et psychologique en Europe

Figure 2 : Marque de pincement sur la jambe d'un enfant de 7 ans au niveau d'un site où les contusions sont inhabituelles (34)

Figure 3 : Brûlure de cigarette (34)

Figure 4 : Morsure humaine (34)

Figure 5 : Localisations topographiques les plus fréquentes de blessures accidentelles (34)

Figure 6: Localisations topographiques les plus fréquentes de blessures non-accidentelles (34)

Figures 7 et 8 : Caries précoces de l'enfance (Photos personnelles du Pr Clauss)

Figure 9: Exemple de schéma pour reproduire les blessures de l'enfant (34)

Figure 10 : Présentation des sous-catégories de l'enfant en danger

Figure 11 : Modèle de signalement (32)

Figure 12: Organigramme récapitulatif local (Bas-Rhin) des modes de signalement d'une forme de maltraitance

Figure 13 : Affiche « 119 allô enfance en danger » pour la salle d'attente (46)

Liste des tableaux

Tableau I: Répartition des missions de protection de l'enfance entre les différentes institutions en France

Tableau II : Synthèse des résultats de la méta-analyse de Lindert et coll.

Tableau III : Synthèse des résultats de la méta-analyse de Norman et coll.

Liste des abréviations

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CAPTA : Child Abuse Prevention and treatment Act

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CPE : Caries Précoces de l'Enfance

CRIP : Cellule Départementale de Recueil, de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes des enfants en danger ou en risque de danger

HUS : Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

MST : Maladies Sexuellement Transmissibles

ODAS : Observatoire National de l'Action Sociale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONED : Observatoire National de l'Enfance en danger

ONU : Organisation des Nations Unies

OPP : Ordonnance de Placement Provisoire

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SNATEM : Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée, devenu le **SNATED** : Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Introduction

La maltraitance à enfant représente un fléau mondial et un enjeu de santé publique conséquent dans les pays développés ou en voie de développement. Dans la littérature médicale, elle n'est pas un sujet récent. En effet, Kempe et coll. a introduit le terme de « syndrome de l'enfant battu » dès 1962 dans son ouvrage intitulé *The battered child syndrome* qui illustre les caractéristiques de la maltraitance physique (1). La première étude à examiner les types de blessures retrouvés chez les enfants maltraités a été menée par Cameron et coll. et date de 1966 (2). D'autres études ont ensuite mis en évidence qu'une grande partie des signes cliniques de la maltraitance pouvait se situer dans la région oro-faciale (environ 65% pour les abus physiques).

Les chirurgiens-dentistes sont donc idéalement placés pour signaler toute suspicion de maltraitance. D'une part, ils sont en contact régulier avec une proportion significative de la population d'enfants (3). D'autre part, alors que les parents ont tendance à changer fréquemment de médecin pour leur enfant afin que la maltraitance ne soit pas détectée, ils changent rarement de chirurgien-dentiste (4). Cependant, très peu de dentistes font de nos jours les démarches de signalement en cas de suspicion de maltraitance infantile. Ceci peut s'expliquer par un manque de connaissances sur la détection des signes cliniques ou sur les procédures de signalement, mais il existe également d'autres raisons que nous aborderons dans ce travail.

Le but de ce travail sera de présenter la maltraitance à enfant et ses différentes définitions, d'établir un aperçu de son ampleur et des mesures présentes dans les textes de loi aux échelles nationale, européenne et mondiale. Ensuite, nous verrons les signes cliniques évocateurs devant lesquels le chirurgien-dentiste pourra se retrouver au cabinet dentaire, et les conséquences possibles pour l'enfant à court, moyen et long termes si les abus ne cessent pas. Puis, nous exposerons la conduite à tenir clinique, déontologique et légale pour le chirurgien-dentiste face à une maltraitance infantile dans sa pratique quotidienne. Enfin, une discussion nous permettra de comprendre les raisons qui poussent malheureusement de nombreux

praticiens à ne pas faire les démarches nécessaires. Le but final de ce travail sera de produire un organigramme récapitulatif local et de clarifier les protocoles de signalement de toute suspicion de maltraitance à enfant au cabinet dentaire, afin que ceux-ci ne représentent plus un frein pour le chirurgien-dentiste à effectuer les démarches nécessaires.

Chapitre I : Terminologie et épidémiologie

1) Terminologie

Il existe plusieurs définitions de la maltraitance à enfant, selon les états, les organismes, les associations, différant les unes des autres en fonction des cultures, des normes et du contexte socio-économique dont elles proviennent. Certaines font la distinction entre les enfants qui subissent des formes de maltraitance et ceux qui sont susceptibles d'en subir.

La définition retrouvée dans l'article 19 de la Convention internationale des Droits de l'Enfant de l'ONU (Organisation des Nations Unies) de 1989, adoptée et signée par l'Assemblée Générale et entrée en vigueur le 2 septembre 1990 en France est la suivante : « Toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié » (5).

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) l'a défini en 1999 comme suit : « La maltraitance à enfant désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. Parfois, on considère aussi comme une forme de maltraitance le fait d'exposer l'enfant au spectacle de violences entre partenaires intimes » (6).

L'ODAS (Observatoire National de l'Action Sociale) en France a introduit la distinction entre enfant maltraité et enfant en risque de maltraitance :

- **Enfant maltraité** : C'est l'enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique.
- **Enfant en risque de maltraitance** : c'est l'enfant qui connaît des conditions d'existence qui risquent de compromettre sa santé, sa moralité, son éducation ou son entretien mais qui n'est pas pour autant maltraité.
- **Enfants en danger** : c'est l'ensemble des enfants maltraités et des enfants en risque de maltraitance (7).

Aux Etats-Unis, The Child Abuse Prevention and Treatment Act (CAPTA) a défini la maltraitance infantile comme « tout acte ou omission récente par un parent ou un gardien qui entraîne la mort, un préjudice physique ou affectif grave, l'abus ou l'exploitation sexuelle, ou un acte ou une omission qui présente un risque imminent de préjudice grave » (8).

La plupart des organismes, des associations et des auteurs décrivent quatre types de maltraitance, pouvant être retrouvés seul ou en association :

- La négligence,
- Les abus physiques,
- La violence psychologique,
- Les abus sexuels.

Nous allons définir dans la suite de ce travail chacune de ces situations.

1.1 La négligence

La négligence résulte d'actes d'omission de la part des responsables légaux de l'enfant et concerne la privation des besoins de base. Malgré une haute prévalence, c'est la forme de maltraitance la moins comprise et la moins diagnostiquée, car elle laisse des signes plus difficilement décelables (9).

D'après l'OMS, la négligence concerne des « incidents isolés et le défaut de la part de l'un des parents ou membre de la famille de pouvoir subvenir au développement et au bien-être des enfants – s'il est en mesure de le faire – dans un ou plusieurs des domaines suivants : santé, éducation, développement affectif,

nutrition, foyer et conditions de vie en sécurité. Les parents d'enfants négligés ne sont pas nécessairement pauvres. Ils peuvent tout aussi bien être aisés » (10).

D'après Mathur, la négligence peut être :

- **Physique** : ne pas fournir de nourriture ou de vêtement appropriés, le manque de soins médicaux adéquats, l'absence de protection contre la température (chaud/froid),
- **Educative** : scolarisation inappropriée, besoins éducatifs spéciaux non respectés,
- **Emotionnelle** : manque de support émotionnel et de tendresse, aucune attention à l'enfant, autorisation de l'enfant à consommer de l'alcool et de la drogue (4).

L'Académie Américaine d'Odontologie Pédiatrique a donné une définition de la **négligence dentaire**. C'est « le défaut intentionnel des parents ou responsables de suivre le traitement nécessaire à assurer un niveau de santé orale compatible avec ses fonctions et l'absence de douleur et d'infection ». “Dental neglect is willful failure of parent or guardian to seek and follow through with treatment necessary to ensure a level of oral health essential for adequate function and freedom from pain and infection” (4).

La difficulté qui réside dans la définition et le signalement de la négligence est le seuil à partir duquel on estime qu'il y a une forme de négligence telle qu'elle justifie une intervention.

1.2 Les abus physiques

Ce sont les blessures non accidentelles, réelles ou potentielles, infligées par le responsable du mineur ou par un autre individu sous l'autorisation du responsable (8). D'après l'OMS, ce sont les actes qui consistent à frapper, battre, donner des coups de pieds, secouer, mordre, étrangler, infliger des brûlures de toutes sortes, empoisonner ou faire suffoquer (10).

Les abus physiques sont souvent plus faciles à détecter de par leur caractère impressionnant et affichant.

1.3 La violence psychologique

La violence psychologique est également connue sous le nom d'abus émotionnel, verbal ou mental (4).

L'OMS a décrit la violence psychologique comme « l'échec de l'un des parents ou de l'une des personnes s'occupant des enfants à fournir un environnement qui soit approprié et favorable au développement des enfants. Les actes de cette catégorie risquent fortement d'entraîner pour l'enfant des préjudices pour sa santé mentale ou son développement physique, mental, spirituel, moral ou social. Les abus de ce type sont la restriction de mouvement, les propos désobligeants, accusateurs, menaçants, effrayants, discriminatoires ou humiliants et d'autres formes de rejet ou de traitement hostile » (10).

Mathur a illustré la violence psychologique par les exemples suivants : les formes de punition extrêmes et/ou étranges, comme le confinement dans un placard ou dans une pièce noire, attacher l'enfant à une chaise pendant un long moment, ou encore la tendance à le blâmer ou à le rendre bouc émissaire (4).

1.4 Les abus sexuels

D'après l'OMS, c'est « la participation d'un enfant à une activité sexuelle qu'il n'est pas pleinement en mesure de comprendre, à laquelle il ne peut consentir en connaissance de cause ou pour laquelle il n'est pas préparé du point de vue de son développement, ou encore qui viole les lois ou les tabous sociaux de la société. Les enfants peuvent être à la fois victimes de violence sexuelle exercée par des adultes et par d'autres enfants qui – du fait de leur âge ou de leur stade de développement – ont un lien de responsabilité, de confiance ou de pouvoir avec la victime » (10).

1.5 L'information

En France et d'après l'ODAS, il s'agit des « informations caractérisant un enfant en danger, qui peuvent parvenir du SNATEM (Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée), du voisinage, des associations, des familles ou encore de services ou d'intervenants médicaux, sociaux ou éducatifs en contact avec l'enfant, ou sa famille ou l'institution qu'il fréquente. Toute information mérite

une évaluation, même si la famille est déjà connue d'un service social, de la PMI (Protection maternelle et infantile) ou de l'ASE (Aide sociale à l'enfance) ». Elle est souvent improprement nommée « signalement » (7).

Depuis la loi du 5 mars 2007, on retrouve le terme d'« **information préoccupante** » dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF). Elle représente tout élément d'information, y compris médical, susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque de danger et puisse avoir besoin d'aide. Elle est transmise à la Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant et l'adolescent, en vue d'être évaluée et d'alerter le président du Conseil Général (11).

1.6 Le signalement

En France, d'après L'ODAS et avant 2007, c'est « toute information concernant un enfant en danger, ayant fait l'objet d'une évaluation pluridisciplinaire et si possible pluri-institutionnelle et aboutissant à la préconisation de mesures administratives ou d'une saisine judiciaire. Le signalement écrit doit comporter notamment des éléments précis concernant la nature du danger encouru par l'enfant, la situation de la famille et de son environnement, les mesures préconisées » (7).

Depuis la loi du 5 mars 2007, l'article 226-3 du Code de l'action sociale et des familles précise que le terme de « signalement » est réservé à la transmission des informations préoccupantes recueillies par le président du Conseil Général au procureur de la République dans les situations qui nécessitent une autorité judiciaire. Quand un enfant en danger est en situation d'extrême gravité, le professionnel de santé peut également s'adresser directement au Procureur de la République.

Pour résumer :

- l' « **information préoccupante** » est le renseignement transmis à la CRIP avant toute évaluation de la situation,
- la saisine du Procureur de la République (directe ou par le Président du Conseil Général) est appelée « **signalement** ».

2) Epidémiologie

2.1 Les données générales

L'OMS a publié, à partir **d'études internationales**, qu'un quart des adultes déclare avoir subi des violences physiques dans leur enfance et qu'une femme sur 5 et un homme sur 13 déclarent avoir subi des violences sexuelles dans leur enfance (6).

Pour la **zone Europe**, l'OMS a décrit, à partir d'une revue systématique des études européennes (n=50), les prévalences de maltraitance infantile suivantes :

- maltraitance sexuelle : 13,4 % pour les filles et 5,7 % pour les garçons,
- maltraitance physique : 22,9 % pour les filles et les garçons,
- maltraitance psychologique : 29,1 % (12). L'histogramme suivant illustre ces données.

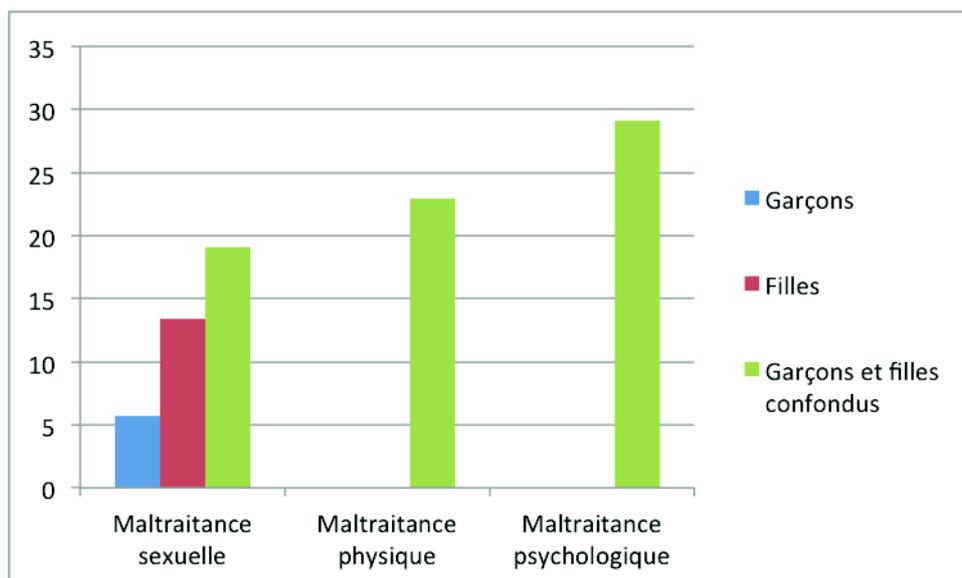


Figure 1 : Histogramme des prévalences de maltraitance infantile sexuelle, physique et psychologique en Europe

Une revue de la littérature ayant pour objectif de déterminer la fréquence de la maltraitance chez les individus de moins de 18 ans dans les pays à hauts revenus a été publiée par Gilbert et coll. (2009). Les statistiques officielles (provenant par exemple des services de protection de l'enfance ou de la police) ont également été

revues. D'après les données des études traitées, il semblerait que chaque année :

- 4 à 16 % des enfants seraient victimes de violence physique,
- 1 enfant sur 10 serait victime de négligence ou de violence psychologique.

Et pendant l'enfance :

- 5 à 35 % des enfants seraient soumis à des violences physiques sévères,
- 15 à 30 % des filles et 5 à 15 % des garçons subiraient des violences sexuelles (de tous types).

Cependant, les statistiques officielles de maltraitance infantile dévoilent une fréquence dix fois plus faible (13).

En **France**, il existe très peu de données sur la maltraitance à enfant et très peu d'études sur le sujet ont été réalisées. Ceci s'explique en grande partie par la variabilité des définitions de la maltraitance au sein de chaque département et unité d'observation, mais aussi par les limites floues de certains types de maltraitance, entraînant des biais dans les études (1). Cependant, certaines données laissent supposer la gravité du problème en France. En effet, une étude statistique relative aux appels du SNATED (Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger) a montré que sur 33043 appels traités en 2014, 13985 sont des informations préoccupantes (entretien téléphonique relatif à une situation d'enfant en danger ou en risque de danger dont le compte rendu est adressé à la CRIP du département concerné) et 19058 sont des aides immédiates (entretien téléphonique qui a fait l'objet de conseils, de soutien, d'orientations, de renseignements et/ou qui révèle un danger ou un risque de danger sans élément identifiant) (14).

D'autre part, l'ONED (Observatoire national de l'enfance en danger) a publié en octobre 2015 une note d'actualité qui présente une estimation du nombre de mineurs concernés par une mesure de protection de l'enfance au 31 décembre 2013. Ce nombre est estimé à 288300 sur la France entière, soit un taux de 19,7 pour mille des moins de 18 ans (15).

2.2 Un contexte à risque

Bien que la maltraitance soit un fléau mondial, certaines régions sont plus touchées que d'autres. Mathur et coll. ont listé les facteurs qui contribuent à la prévalence actuelle de la maltraitance dans le monde :

- la pauvreté,
- l'analphabétisme,
- les systèmes de castes (par exemple en Inde),
- les peuples sans terre,
- le manque d'opportunités économiques,
- la migration urbaine,
- la croissance de la population,
- l'instabilité politique,
- la faible application des dispositions légales (4).

Une étude menée en **Inde** en 2007 par le Ministère du Développement des Femmes et des Enfants du gouvernement indien et supportée par l'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) a dévoilé que sur 12447 enfants, 69% ont rapporté avoir déjà été victimes d'abus physiques. Ce pourcentage élevé s'explique par un contexte démographique particulier, en effet 19% des enfants du monde vivent en Inde. De plus, l'intégration dans les moeurs des droits des enfants y est relativement récente, les parents considérant leurs enfants comme étant leur bien et estimant avoir la liberté de pouvoir les traiter et les punir comme ils le souhaitent. Il arrive aussi fréquemment que les abus physiques aient lieu en dehors du cadre familial sous la forme de punition corporelle à l'école ou au travail. Ce pays en voie de développement présente des particularités démographiques, avec une population très jeune, mais reconnaît désormais que les plus grandes opportunités du pays résident en des enfants éduqués, en bonne santé, heureux et ayant accès à des formes d'épanouissement personnel et professionnel (16).

2.3 Les données épidémiologiques sur les abus physiques

Les enfants victimes d'abus physiques présenteraient dans 59,2% des cas des signes à la tête, au visage et au cou d'après une étude menée par Cairns au Royaume-Uni (2). Ce pourcentage se rapproche des données d'études précédentes:

- 65% dans l'étude de Becker et coll. qui date de 1978 (Boston, USA),
- 75,5% chez Da Fonseca en 1992 (Minneapolis, USA),
- 66,2% chez Jessee en 1995 (Houston, USA) (2).

L'étude de Cairns a donné les résultats suivants :

- Âge : 45% des enfants victimes d'abus physiques ont moins de 4 ans, 15,4% ont entre 12 et 15 ans. On retrouve une distribution bimodale : d'une part les enfants d'âge préscolaire (avec un comportement provocateur, une vulnérabilité, une fragilité physique, l'impossibilité d'échapper à un parent en colère) et d'autre part les adolescents (victimes d'une réponse parentale violente en réponse à une provocation).
- Sexe : 61,5% sont des garçons, 38,5% sont des filles.
- L'auteur des faits : la mère dans 26,7% des cas, le père (25,6%), ou le partenaire de la mère (12,6%). Dans ce dernier cas, on note une position passive du conjoint.
- Le lieu des faits : la maison de l'enfant dans la majorité des cas (53,3%). Il n'y a en général pas d'autres témoins pour affirmer les faits.
- Le mode d'agression : l'enfant est cogné ou giflé dans la région oro-faciale dans 23,5% des cas et frappé par un objet dans 17,4% des cas. De multiples modes d'agression sont retrouvés simultanément chez 15,2% des enfants.
- Les types de blessures retrouvées parmi les enfants présentant des signes à la tête, au visage et au cou sont des contusions (95,2%) et des abrasions (32,6%). Chez un tiers des enfants, plusieurs blessures oro-faciales étaient présentes avec un total de 315 blessures chez 230 enfants (2).

2.4 L'estimation de la négligence

Les données relatives à la négligence sont variables selon les études, mais il semblerait que la négligence soit le type de maltraitance le plus commun.

En effet, aux Etats-Unis, The Child Abuse Prevention and Treatment Act (CAPTA) a avancé en 2009 que la négligence concernait 78,3% des cas de maltraitance infantile (8). Au Royaume-Uni en 2008, cela concernait 44% des enfants inscrits aux registres de protection des enfants (17). Les travaux de Radford ont révélé qu'un enfant de moins de 11 ans sur 20 est négligé à un moment, un enfant sur 30 est sévèrement négligé, et au moins un jeune adulte sur 10 rapporte une histoire de négligence grave de la part de ses parents ou de ses responsables pendant l'enfance (17).

Harris et coll. ont réalisé une étude auprès des membres de la Société Britannique des Pédiodontistes en 2005, dont une partie portait sur leur estimation de la fréquence de visites d'enfants présentant des signes de négligence dentaire. 81% évaluait cette fréquence à une fois par semaine ou plus, 59,9% à une fois par jour ou plus, et 6,6% à moins qu'une fois par mois (18).

De plus, une étude publiée par Valencia et coll. en 2008 portait sur la prévalence des caries précoces de l'enfance (CPE) dans une population d'enfants de Toronto avec des antécédents de maltraitance (dont 80% souffraient de négligence). Elle a montré des similitudes entre les CPE et la maltraitance, telles qu'une haute prévalence dans cette cohorte de patients, des facteurs de risque similaires et des conséquences sur le long terme dans les deux cas. Sur les 66 enfants étudiés ayant été admis au « children's aid society of toronto » entre 1991 et 2004, aucune dent n'avait jamais été obturée ou extraite pour cause de carie, révélant un suivi bucco-dentaire négligé. La prévalence des CPE est supérieure chez les enfants de 5 ans maltraités/négligés par rapport à la population générale du même âge (58% vs 30%). L'étude n'a pas établi de différence entre les prévalences des CPE et CPE sévères (> 4 dents cariées) selon le type de maltraitance (19).

2.5 Les autres données épidémiologiques

Au Royaume-Uni, le relais d'une information de maltraitance est faite pour 17% des enfants par des professionnels de santé, pour 23% par le personnel éducatif et pour 17% par la famille ou des membres de la communauté non spécialisés (3). D'autre part, les chirurgiens-dentistes formés à reconnaître les signes d'abus et de négligence seraient cinq fois plus aptes à faire les démarches d'information de maltraitance que les dentistes non préparés (4).

Chapitre II : Le cadre législatif

La protection de l'enfant est le devoir de chaque individu de la société. La responsabilité professionnelle du chirurgien-dentiste de signaler toute suspicion est régulée par des obligations légales mais également éthiques. En effet, les chirurgiens-dentistes et leur équipe sont dans une position unique et privilégiée pour reconnaître et dépister la maltraitance à enfant. La législation sur le signalement n'est pas promulguée pour punir les contrevenants mais pour aider les enfants dans le besoin (20).

1) Le cadre international : les Droits de l'Enfant

1.1 Les traités internationaux

Plusieurs traités internationaux promulguant la protection des enfants se sont succédés :

- la Déclaration de Genève de 1924 adoptée par la Société des Nations (21) : « l'Humanité doit donner à l'enfant ce qu'elle a de meilleur » (Préambule)
- la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme en 1948 (22) : « la maternité et l'enfance ont droit à une aide et une assistance spéciales » (Article 25)
- la Déclaration des Droits de l'enfant adoptée par l'Assemblée Générale de l'ONU le 20 novembre 1959 (23) : « l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance » (Préambule). Plus spécifique au sujet de la maltraitance, on retrouve dans le principe 9 : « l'enfant doit être protégé contre toute forme de négligence, de cruauté et d'exploitation. »
- le Pacte International relatif aux Droits civils et politiques de 1966 (24) : « Tout enfant, sans discrimination aucune fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'origine nationale ou sociale, la fortune ou la naissance, a droit, de la part de sa famille, de la société et de l'État, aux mesures de protection qu'exige sa condition de mineur. » (Article 23)

- le Pacte International relatif aux Droits économiques, sociaux et culturels de 1966 (25) : « Des mesures spéciales de protection et d'assistance doivent être prises en faveur de tous les enfants et adolescents, sans discrimination aucune pour des raisons de filiation ou autres. Les enfants et adolescents doivent être protégés contre l'exploitation économique et sociale. » (Article 10)

Les Pactes donnent une valeur contraignante à leurs droits, ce qui n'était pas le cas des Déclarations.

1.2 La Convention internationale des Droits de l'Enfant

Le premier texte juridiquement contraignant pour les Etats qui l'ont ratifiée est la **Convention internationale des Droits de l'Enfant (5)**. Elle couvre l'ensemble des droits fondamentaux de l'enfant. Elle a été adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies le 20 novembre 1989. Sur les 197 Etats qui l'ont signée, seuls les Etats-Unis ne l'ont pas ratifiée. Le dernier pays à l'avoir ratifiée est la Somalie en octobre 2015. La Convention internationale des Droits de l'Enfant dénonce dans plusieurs articles la maltraitance infantile et indique les mesures de protection à mettre en œuvre :

- Article 9 : « 1. Les Etats parties veillent à ce que l'enfant ne soit pas séparé de ses parents contre leur gré, à moins que les autorités compétentes ne décident, sous réserve de révision judiciaire et conformément aux lois et procédures applicables, que cette séparation est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Une décision en ce sens peut être nécessaire dans certains cas particuliers, par exemple lorsque les parents maltraitent ou négligent l'enfant, ou lorsqu'ils vivent séparément et qu'une décision doit être prise au sujet du lieu de résidence de l'enfant. 2. Dans tous les cas prévus au paragraphe 1 du présent article, toutes les parties intéressées doivent avoir la possibilité de participer aux délibérations et de faire connaître leurs vues. 3. Les Etats parties respectent le droit de l'enfant séparé de ses deux parents ou de l'un d'eux d'entretenir régulièrement des relations personnelles et des contacts directs avec ses deux parents, sauf si cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant. »

- Article 19 : « 1. Les Etats parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié. 2. Ces mesures de protection doivent comprendre, selon qu'il conviendra, des procédures efficaces pour l'établissement de programmes sociaux visant à fournir l'appui nécessaire à l'enfant et à ceux à qui il est confié, ainsi que pour d'autres formes de prévention, et aux fins d'identification, de rapport, de renvoi, d'enquête, de traitement et de suivi pour les cas de mauvais traitements de l'enfant décrits ci-dessus, et comprendre également, selon qu'il conviendra, des procédures d'intervention judiciaire. »

- Article 20 : « 1. Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection et une aide spéciales de l'Etat. 2. Les Etats parties prévoient pour cet enfant une protection de remplacement conforme à leur législation nationale. 3. Cette protection de remplacement peut notamment avoir la forme du placement dans une famille, de la kafala de droit islamique, de l'adoption ou, en cas de nécessité, du placement dans un établissement pour enfants approprié. Dans le choix entre ces solutions, il est dûment tenu compte de la nécessité d'une certaine continuité dans l'éducation de l'enfant, ainsi que de son origine ethnique, religieuse, culturelle et linguistique. »

- Article 27 : « 1. Les Etats parties reconnaissent le droit de tout enfant à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel, moral et social. 2. C'est aux parents ou autres personnes ayant la charge de l'enfant qu'incombe au premier chef la responsabilité d'assurer, dans les limites de leurs possibilités et de leurs moyens financiers, les conditions de vie nécessaires au développement de l'enfant. 3. Les Etats parties adoptent les mesures appropriées, compte tenu des conditions nationales et dans la mesure de leurs moyens, pour aider les parents et autres personnes ayant la charge de l'enfant à mettre en œuvre ce droit et offrent, en cas de besoin, une assistance

matérielle et des programmes d'appui, notamment en ce qui concerne l'alimentation, le vêtement et le logement. »

- Article 39 : « Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour faciliter la réadaptation physique et psychologique et la réinsertion sociale de tout enfant victime de toute forme de négligence, d'exploitation ou de sévices, de torture ou de toute autre forme de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, ou de conflit armé. Cette réadaptation et cette réinsertion se déroulent dans des conditions qui favorisent la santé, le respect de soi et la dignité de l'enfant. »

2) La loi en France

2.1 La loi du 5 mars 2007

Actuellement en France, la protection de l'enfance est partagée en deux volets : administratif (ou social) et judiciaire. En effet, la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance découle des grandes lois de décentralisation et de déconcentration des services publics répartissant les actions entre l'Etat et les conseils généraux. Le tableau suivant illustre la répartition de la protection de l'enfance en France (26) :

	La protection administrative (ou sociale)	La protection judiciaire
... confiée	Au conseil général	Au ministère de la Justice (Etat)
... concerne	Les mineurs en risque de maltraitance	Les mineurs maltraités
... régie	Par le code de l'action sociale et des familles	Par le code civil
... a pour acteurs	Le président du conseil général, le département, la direction de la solidarité, les associations agréées, les établissements agréés, des éducateurs spécialisés...	Le juge des enfants et le Procureur de la République

Tableau I : Répartition des missions de protection de l'enfance entre les différentes institutions en France

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance présente 3 objectifs :

- « Mieux prévenir » grâce à la protection maternelle et infantile (PMI) et la médecine scolaire : l'entretien psychosocial obligatoire au cours du 4^{ème} mois de grossesse, le bilan de santé pour tous les enfants de 3 à 4 ans, la visite médicale pour les enfants de 6, 9, 12 et 15 ans.
- « Mieux signaler » notamment avec :
 - la mise en place d'une cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP), ouvrant la voie à la prévention en proposant d'alerter les autorités administratives avant le stade de la maltraitance avérée,
 - la coordination des différents acteurs : des situations sont établies pour lesquelles le président du conseil général doit saisir sans délai le procureur de la République et ce dernier doit informer le président du conseil général des suites données à sa saisine,
 - le partage d'informations entre les personnes soumises au secret professionnel
 - l'observatoire départemental qui analyse les données anonymes

transmises par la cellule de signalement départementale pour formuler des propositions et des avis sur la politique de protection de l'enfance dans le département et les transmettre à l'observatoire national de l'enfance en danger (ONED)

- la formation des professionnels susceptibles de connaître des situations d'enfance en danger.
- « Mieux intervenir » avec de nouvelles formules d'accueil des enfants (accueil de jour, accueil exceptionnel et périodique, accueil spécialisé, accueil d'urgence) et une amélioration de l'accompagnement budgétaire en direction des familles. Des mesures sont énoncées également en vue d'individualiser la prise en charge des enfants et de renforcer la participation des parents aux décisions de l'enfant (27).

La CRIP est formée d'une équipe pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle et forme une interface avec :

- les services propres au département (Protection Maternelle et Infantile, Aide Sociale à l'Enfance...),
- les juridictions et le parquet,
- mais aussi l'ensemble des professionnels (dont les chirurgiens-dentistes libéraux),
- et le SNATED (Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger) (11).

2.2 « Allô enfance en danger »

Le Service National D'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED) ou « Allô enfance en danger » est l'une des deux entités du groupement d'intérêts publics d'enfance en danger. L'autre entité est l'Observatoire National de l'Enfance en Danger. Le SNATED a été créé suite à la loi du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance. Le 119 est un numéro d'urgence gratuit accessible 24h/24 et 7j/7. Les agents du pré-accueil orientent les appels explicites vers un écoutant (faisant parti d'une équipe pluridisciplinaire de professionnels de formations complémentaires) qui va évaluer la situation. Des coordonnateurs vont ensuite valider les rapports des écoutants et les transmettre aux dispositifs départementaux d'action sociale (les CRIP) et à d'autres partenaires de l'enfance en danger (28).

2.3 La levée du secret professionnel

L'article 226-13 du Code Pénal dit que « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. » (29).

Cependant, l'article suivant du Code Pénal (Art 226-14) le nuance : « L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1. A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;
2. Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;
3. Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire. »

De même, la loi du 5 mars 2007 a introduit un nouvel article dans le Code de l'action sociale et des familles (30) qui fait exception à l'article 226-13 du code pénal et donne un cadre légal au partage d'informations quand il est dans l'intérêt de l'enfant : « Les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance (...) ou qui lui apportent leur concours sont

autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. Le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés selon des modalités adaptées sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant » (Article L226-2-2 du CASF).

2.4 La non assistance à personne en danger

L'information aux autorités compétentes en cas de connaissance de maltraitance pour protéger l'enfant en danger est une obligation légale en France définie par l'article 223-6 du Code Pénal : « Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. »

2.5 L'obligation déontologique pour le chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste a, en plus du code pénal, une obligation déontologique de signaler toute suspicion de maltraitance à enfant comme l'annonce l'article R4127-235 du Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes : « Lorsqu'un chirurgien-dentiste discerne, dans le cadre de son exercice, qu'un mineur paraît être victime de sévices ou de privations, il doit, en faisant preuve de prudence et de circonspection, mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger et, le cas échéant, alerter les autorités compétentes s'il s'agit d'un mineur de quinze ans, conformément aux dispositions du code pénal relatives au secret professionnel » (31).

3) Et ailleurs

Une étude menée par Cukovic et coll. en 2013 a relevé les similitudes et les différences d'obligations (légales et éthiques) concernant le signalement de maltraitance à enfant par les professionnels de santé et plus particulièrement les chirurgiens-dentistes en Croatie, au Royaume-Uni, en Italie et au Canada. Ces 4 pays ont signé la Convention internationale des droits de l'enfant. Il est reconnu que la stratégie principale pour régler le problème de la violence vis-à-vis des enfants est l'obligation de signalement de toute suspicion de maltraitance ou de cas avérés. L'obligation de signalement est valable dans la plupart des pays du monde (20).

3.1 En Croatie

En Croatie, les textes légaux traitant de la protection des enfants sont les suivants : le code légal de la famille, le code de protection sociale, le code des droits des patients, le code de l'éducation primaire et le code l'éducation secondaire, le code pénal, le code de violence domestique, le code du médecin traitant. La démarche à suivre en cas de suspicion pour les professionnels de santé est de contacter la police ou le bureau du procureur général. Une amende de 400 euros est prévue pour tout professionnel ayant connaissance pendant son exercice d'un cas de maltraitance et ne faisant pas les démarches nécessaires. La ligne téléphonique d'urgence en Croatie est appelée « Brave Phone » (20).

3.2 Au Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, il n'y a pas d'obligation de signalement mais il existe des directives. Le chirurgien-dentiste a cependant le devoir de chercher les procédures à suivre pour référer les cas avec suspicion de maltraitance s'il ne les connaît pas et de savoir qui contacter pour avoir des conseils sur le sujet. Le site-web « child protection and the dental team » (www.cpdt.org.uk) a été développé spécifiquement en 2006 pour aider les chirurgiens-dentistes à identifier les abus ou la négligence chez les enfants. Si le praticien décide de ne pas signaler, il doit pouvoir justifier sa décision. La ligne téléphonique d'urgence au Royaume-Uni est appelée « Childline »

et est financée par « the National Society for the Prevention of Cruelty to Children » (20).

D'autre part, chaque « Area Child Protection Committees » doit développer ses propres procédures à suivre dans les cas de suspicion de maltraitance pour les métiers en contact avec des enfants. Ces « guidelines » doivent pouvoir répondre aux questions que se posent les chirurgiens-dentistes : Que dois-je faire si j'ai une suspicion d'abus ? Qui dois-je consulter/informer dans mon propre cabinet ? Qui d'autre dois-je informer ? Quand et comment dois-je lui en faire part ? Quelles sont les exigences demandées dans le compte-rendu ? Qui prend la décision d'une intervention future ? Comment dois-je agir et quelles sont mes responsabilités légale et déontologique ? (3).

3.3 Au Canada

Au Canada, l'obligation de signalement est valable pour tous les membres de la société d'après « The Ontario's Child and Family Services Act ». Il existe une mention spécifique sur le devoir des chirurgiens-dentistes et autres professionnels qui travaillent avec des enfants, les obligeant à signaler immédiatement toute suspicion à « the Children Aid Society ». En cas de manquement à cette obligation, s'ils obtiennent l'information pendant leur activité, les professionnels ont une amende pouvant s'élever jusqu'à 750 euros. Il existe également au Canada une ligne téléphonique appelée « Canada Child Abuse Hotline and Kids Help Phone » (20).

3.4 En Italie

En Italie, le code pénal oblige tous les professionnels de santé à signaler leurs suspicions de maltraitance à l'autorité judiciaire. Une amende est prévue s'ils ne rapportent pas leurs suspicions à la police ou au tribunal dans les 48 heures (ou immédiatement en cas de danger imminent), allant de 103 euros à 516 euros. La ligne téléphonique d'urgence est appelée «the Italian National Emergency for Minors resource center 114 » (20).

Chapitre III : Les signes cliniques et les conséquences de la maltraitance

Le chirurgien-dentiste est dans une situation idéale pour dépister la maltraitance à enfant. Il peut observer les conditions physique et psychologique de l'enfant mais aussi son environnement familial. De plus, les parents pensent moins être jugés par le chirurgien-dentiste que par le médecin car ils pensent qu'il n'assure qu'un « service technique ». C'est pour cela que les parents d'enfant maltraité changent souvent de médecin pour éviter les suspicions et signalements, mais pas de chirurgien-dentiste (4).

La maltraitance infantile provoque plus de morbidités physiques et psychologiques que la plupart des maladies de l'enfant. Cependant, avant de pouvoir la signaler, il faut savoir la reconnaître. Le dépistage de la maltraitance devrait donc être une partie intégrante de chaque examen clinique d'un enfant (4).

1) Les signes d'appel cliniques

Chaque situation reste unique et individuelle, et le chirurgien-dentiste ne devra pas tomber dans la paranoïa. Lors de l'accueil de l'enfant, il devra réaliser un examen de routine pour mettre en évidence un comportement inhabituel mais aussi évaluer les signes extérieurs d'hygiène et de santé générale, ainsi que la nature de ses interactions avec l'équipe médicale et surtout ses parents. Puis il procèdera à un examen extra-oral, à un examen intra-oral, et en cas de suspicion de maltraitance, il interrogera l'enfant et ses parents (4).

1.1 Les signes d'appel cliniques des abus physiques

Le premier médecin à décrire les caractéristiques des abus physiques est Ambroise Tardieu à Paris dès 1860, mais il n'a pas réussi à alerter la communauté médicale. Près de cent ans plus tard, Kempe est considéré comme le pionnier en matière de description des caractéristiques des abus physiques avec son ouvrage intitulé *The battered child syndrome* (1962) (1).

Nous avons vu précédemment que l'enfant victime d'abus physiques présente dans environ 65% des cas des signes à la tête, au visage et au cou. Ces zones sont des cibles de par leur accessibilité et leur importance psychologique. En effet, elles représentent l'individu dans son identité propre et sont à la base des relations avec son environnement, notamment familial (2). La cavité orale est également une cible de par son rôle dans la communication et la nutrition (8).

Parmi les **atteintes extra-orales**, on peut retrouver :

- des contusions (Figure 2): elles peuvent être multiples ou de grande taille, et avoir la forme de l'instrument utilisé pour provoquer les blessures. Elles sont très suggestives chez le nourrisson qui ne se déplace pas encore. Chez les enfants qui se déplacent seuls, elles sont évocatrices quand elles se situent dans les zones suivantes : oreilles, cou, visage, tête, tronc, fesses et bras, les zones qui ne se situent pas sur la face antérieure du tronc ou les proéminences osseuses (32).
- des abrasions (2)
- des lacérations (2)
- des asymétries (4)
- des brûlures : les brûlures intentionnelles de contact sont généralement bien délimitées et ont la forme de l'objet causal : cigarette (Figure 3), appareil électroménager (fer à repasser, sèche-cheveux...). Les enfants ébouillantés par immersion forcée présentent des signes plus difficilement discernables par le chirurgien-dentiste, localisés au niveau des extrémités, des fesses ou du périnée, et symétriques avec une limite supérieure nette (32).
- des morsures humaines (Figure 4): elles se manifestent par des ecchymoses, des abrasions, ou des lacérations de forme elliptique ou ovoïde. Les morsures animales ont la spécificité d'arracher la chair. En cas de distance inter-canine de plus de 3 cm, il faut suspecter une morsure humaine adulte (33 ; 8).
- des atteintes des yeux : par exemple une hémorragie rétinienne, une contusion péri-orbitaire, une ptose palpébrale, un regard dévié, des pétéchies dans le blanc des yeux (4 ; 8).
- des atteintes des oreilles : cicatrices ou déchirures (4)
- des atteintes au niveau du nez : une contusion, une déviation du septum ou

un caillot sanguin dans le nez (4)

- des fractures : surtout si elles sont multiples et d'âges différents (32)
- mais aussi : un hématome sous-dural (retrouvé surtout dans le syndrome du bébé secoué), une alopécie traumatique (signe de cheveux tirés), un hématome sous-galéal (4 ; 8).

Les types de blessures trouvés chez les enfants maltraités changent en fonction de l'âge. En effet, les fractures sont plus souvent retrouvées chez les jeunes enfants, et sont moins fréquentes plus tard, inversement pour les contusions (4).



Figure 2 : Marque de pincement sur la jambe d'un enfant de 7 ans au niveau d'un site où les contusions sont inhabituelles (34)



Figure 3 : Brûlure de cigarette (34)



Figure 4 : Morsure humaine (34)

Les **atteintes intra-orales** sont pour la plupart les mêmes que celles retrouvées dans les traumatismes accidentels et consistent en :

- 1) des traumatismes dentaires : des luxations ou des avulsions peuvent correspondre à des traumatismes antérieurs retrouvés dans les cas de maltraitance. Des dyschromies résultant de nécroses pulpaires post-traumatiques peuvent également être observées (33 ; 8).
- 2) des traumatismes des tissus mous : des contusions, des dilacérations des muqueuses, des blessures des lèvres, de la gencive, de la langue, du palais ou des lésions des freins (8)
- 3) des fractures de la mandibule (4).

Ces traumatismes peuvent résulter d'une alimentation forcée par des couverts, une bouteille, les mains, les doigts, des liquides brûlants ou des substances caustiques (8). Des contusions, une lichénification, ou des cicatrices aux commissures des lèvres sont les blessures retrouvées après avoir été bâillonné (33). D'autre part, ces signes peuvent être retrouvés dans le syndrome de Münchhausen par procuration qui est une forme grave de sévices à enfant. L'adulte voulant attirer l'attention provoque délibérément des blessures graves à l'enfant avant de le conduire chez le médecin ou le chirurgien-dentiste pour le faire soigner. On peut, par exemple, retrouver des blessures pharyngiennes postérieures résultant en abcès rétro-pharyngiens pour simuler une hémoptysie ou d'autres symptômes nécessitant des soins médicaux (33).

Les blessures accidentelles sont fréquentes dans la cavité orale. Il faudra évaluer les capacités de développement de l'enfant et confronter les circonstances rapportées sur les causes des blessures pour faire le diagnostic différentiel.

Le chirurgien-dentiste devra être particulièrement suspicieux dans les cas suivants :

- quand plusieurs blessures sont présentes en même temps
- quand plusieurs blessures présentent des stades différents de cicatrisation
- en cas de discordance entre les blessures et les circonstances rapportées (8).

Les blessures accidentelles sont généralement uniplanes, c'est-à-dire placées sur la face antérieure du corps, alors que les blessures typiques de violence physique sont généralement multiplanes (35). Les schémas suivants présentent d'une part les localisations topographiques les plus fréquentes de blessures accidentelles (Figure 5) et d'autre part les localisations topographiques de blessures pouvant suggérer des antécédents d'abus physiques (Figure 6) (34). Ces différences de localisation aident à faire le diagnostic différentiel entre lésions traumatiques accidentelles et intentionnelles.

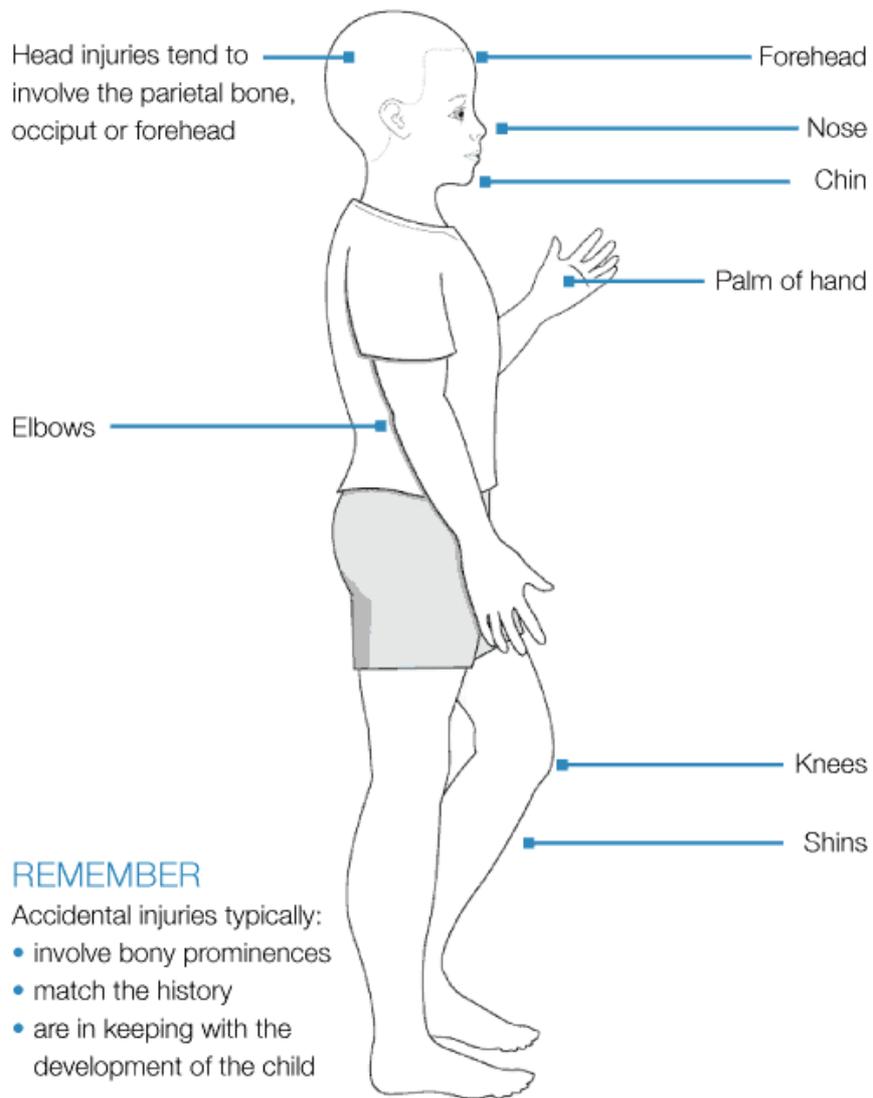


Figure 5 : Localisations topographiques les plus fréquentes de blessures accidentelles (34)

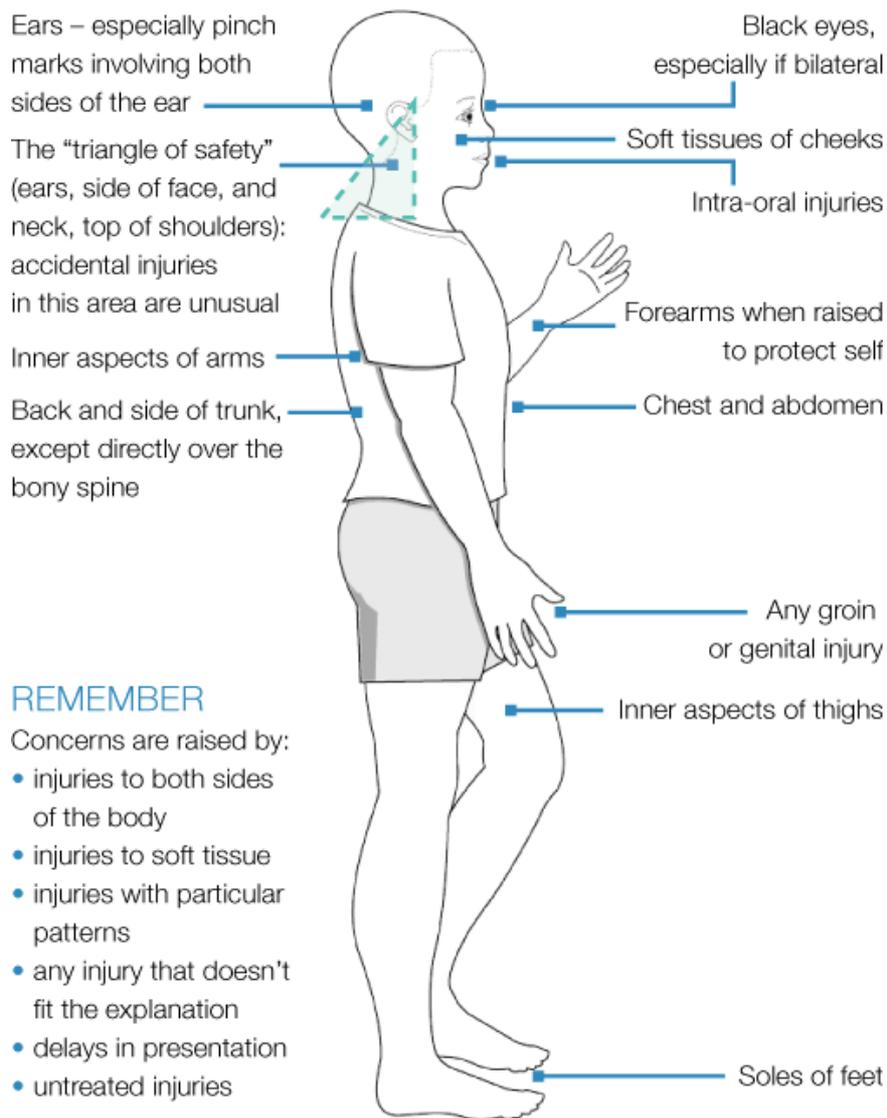


Figure 6 : Localisations topographiques les plus fréquentes de blessures non-accidentelles (34)

1.2 Les signes d'appel cliniques de la négligence

La négligence générale peut se révéler par :

- une sensation de faim permanente ou une alimentation inadéquate (8 ; 32)
- un manque de surveillance ou de supervision, exposant l'enfant à un risque de dommage physique ou émotionnel ou à un danger (32)
- une fatigue chronique (8)
- un manque de soins médicaux (par omission ou par refus de traitement) (32)
- des habits inappropriés pour la saison (8)
- une hygiène corporelle négligée (8).

La négligence dentaire peut se traduire par :

- une mauvaise hygiène bucco-dentaire,
- les caries précoces de l'enfance (Figures 7 et 8),
- des caries non traitées
- des douleurs non traitées,
- des infections non traitées,
- des traumatismes de la région oro-faciale non traités (8).



Figures 7 et 8 : Caries précoces de l'enfance (Photos personnelles du Pr Clauss)

Dans les pays où l'on retrouve une prévalence importante de caries dentaires, la difficulté sera de déterminer alors quels enfants sont victimes de négligence. En effet, la carie est une des maladies chroniques les plus communes au monde, donc la seule présence de caries ou de pathologies orales ne peut être considérée comme une négligence dentaire (17). Greene et coll. ont dirigé une étude sur des cas

confirmés d'enfants ayant subi des abus physiques ou de la négligence. Ces enfants seraient 5 fois plus enclins à avoir des caries en denture primaire et 8 fois plus en denture permanente (36).

Les jeunes enfants sont largement dépendants de leurs parents (ou responsables) pour leur hygiène bucco-dentaire quotidienne (au moins jusqu'à 7 ans) et pour accéder aux traitements dentaires (9). Pour une santé orale optimale, l'enfant a besoin de fluor (une source régulière, telle qu'un dentifrice fluoré deux fois par jour), d'une alimentation appropriée (collations sucrées et sodas en quantité limitée), d'une hygiène bucco-dentaire quotidienne (avec assistance et supervision) et de visites régulières chez le chirurgien-dentiste (pour les soins prophylactiques ou curatifs nécessaires) (32).

Il faut donc évaluer le contexte dans son ensemble, et porter attention non seulement à l'enfant mais également à l'attitude des parents. Bien que la négligence puisse être retrouvée dans toutes les familles, il y a des déterminants sociaux à risque : la pauvreté, le chômage, l'absence de domicile fixe, l'isolement social de la famille, une maladie des parents, une maison surpeuplée, l'abus de substances (9). La négligence doit être différenciée de la pauvreté. En effet, d'après l'OMS, on parle seulement de négligence dans les cas où des ressources raisonnables sont disponibles dans la famille. En France, les honoraires des soins dentaires ne devraient pas présenter un frein financier pour les parents (17). Ils sont remboursés en partie par la sécurité sociale, le reste étant remboursé par la mutuelle des parents s'ils en ont une. Les soins consécutifs à un bilan bucco-dentaire (à 6, 9, 12, 15 et 18 ans) sont remboursés à 100% par la sécurité sociale et le patient n'a pas à faire l'avance des frais (37). En dehors des bilans bucco-dentaires, les patients dont les ressources sont inférieures à un certain plafond peuvent bénéficier de la Couverture Maladie Universelle (il reste à charge la part complémentaire), voire de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (il ne reste rien à charge) (38).

Ainsi, certaines caractéristiques des parents (ou responsables de l'enfant) favorisent la piste de la négligence :

- les retards aux rendez-vous,
- les rendez-vous manqués à répétition,
- le désintérêt pour l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire,

- la présence au cabinet dentaire uniquement en urgence pour soulager la douleur,
- le manque de continuité des soins dentaires,
- la difficulté à terminer le plan de traitement,
- l'exécution inadéquate à la maison de l'hygiène orale (les soins oraux basiques : le brossage) (9).

On retient également qu'il faut envisager une négligence lorsque les parents n'administrent pas à l'enfant un traitement prescrit, lorsqu'ils ne l'emmènent pas en consultation pour les visites de suivi, les vaccinations et les examens de santé systématiques. Enfin lorsqu'ils n'ont pas recours aux soins médicaux pour leur enfant alors que son état de santé en nécessite (32).

Cependant, avant de diagnostiquer une négligence, on évaluera également l'impact des caries sur l'enfant, la conscience des parents de la nécessité des soins, leurs possibilités d'accès aux soins dentaires et la bonne volonté de l'enfant de suivre un traitement (17). Ainsi, c'est lorsque les parents ont été correctement alertés sur les mesures nécessaires, mais qu'ils ne les suivent pas, qu'on parlera de négligence.

1.3 Les signes d'appel cliniques des abus sexuels

La cavité orale est un site fréquent d'abus sexuel chez l'enfant, mais les blessures orales visibles ou les infections sexuellement transmissibles y sont rares (33).

Les **signes infectieux oraux et péri-oraux** que l'on peut retrouver sont ceux de Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) : des érythèmes, des ulcérations, des vésicules, des lésions pseudo-membraneuses au niveau des lèvres, de la langue, du palais, du visage et/ou du pharynx. Par exemple, la syphilis peut se manifester par une papule sur les lèvres ou sur la peau au niveau du site d'inoculation. Le virus de l'Herpès Simplex (type 2, HSV-2) se manifeste par une zone érythémateuse douloureuse orale ou péri-orale avec des vésicules en grappe. L'infection au papillomavirus peut se manifester par des lésions verruqueuses orales ou péri-orales. Cependant le mode de transmission du papillomavirus reste incertain et discutable. En effet, l'infection peut être transmise sexuellement, mais aussi verticalement par la mère pendant l'accouchement ou horizontalement par

l'intermédiaire d'objets souillés (surfaces de contact, sous-vêtements) (8).

Des **blessures physiques orales** telles que des érythèmes, des pétéchies ou des contusions à la jonction palais dur/palais mou, des blessures du frein de la langue doivent faire penser à du sexe oral forcé (8).

Dans les signes d'appel physiques sur le reste du corps, on peut également citer les morsures humaines et des difficultés à marcher ou à s'asseoir (4 ; 8).

Bien qu'il puisse exister des signes intra-oraux, le chirurgien-dentiste fera plus souvent le rapprochement avec une maltraitance sexuelle à partir de **facteurs comportementaux ou émotionnels**, non spécifiques mais d'autant plus évocateurs lorsqu'ils sont associés ou ne trouvent pas d'explications rationnelles. On peut citer par exemple :

- un retard de développement (34)
- de l'anxiété et de la dépression (34)
- des symptômes psychosomatiques (34)
- des blessures auto-infligées (34)
- des épisodes de souillure ou d'incontinence (34)
- des connaissances ou comportements sexuels inappropriés (34)
- une attitude de mise en danger ou de fugues (32)
- l'abus de drogue ou d'alcool (34)
- la crainte de l'examen oral (4)
- un comportement de refus (scolaire, de manger, de voir un membre de la famille, de grandir) (32)
- des peurs inexplicables, des réactions de sursaut, une hyper-vigilance, une phobie des contacts physiques (32)
- des comportements émotionnels excessifs, disproportionnés ou inadaptés à l'âge du patient (32).

Le chirurgien-dentiste portera également attention au comportement de l'accompagnateur de l'enfant et sera vigilant en cas de proximité corporelle inadaptée avec l'enfant, de comportement intrusif pendant la consultation ou au contraire d'indifférence exagérée (32).

Une situation de dépistage plus simple, et à côté de laquelle le dentiste ne devra surtout pas passer, sera lorsque l'enfant ou l'adolescent dévoilera de lui-même

des propos évocateurs plus ou moins explicites. Les dires des enfants en bas-âge correspondent le plus souvent à ce qu'ils ont vécu (32).

1.4 Les signes d'appel cliniques de la maltraitance psychologique

Deux éléments sont à considérer pour dépister une éventuelle maltraitance psychologique. On note d'une part l'attitude de l'enfant, surtout en cas de changement marqué de son comportement ou d'un comportement inadapté à son âge, ne pouvant être expliqué autrement (par une situation stressante autre qu'une maltraitance infantile). D'autre part, il faut observer le comportement nocif des parents et leurs interactions inappropriées avec l'enfant.

Un comportement alarmant de l'enfant subissant une maltraitance psychologique peut se manifester de différentes manières :

- un manque d'estime de soi, un isolement ou un repli sur soi (32)
- des blessures auto-infligées (par exemple se mordre la lèvre ou la joue) (8)
- un comportement excessivement irréprochable dans le but de plaire aux parents (34)
- des difficultés de concentration (34)
- un comportement provocateur, l'abus d'alcool et de drogues (34), le besoin d'attirer l'attention (32)
- un balancement répétitif du corps (32)
- la recherche de contact ou d'affection sans discernement, la gentillesse excessive même avec des étrangers (y compris les professionnels de santé), le besoin de coller des personnes (32).

Le comportement nocif des parents peut prendre différents aspects :

- intimider l'enfant avec des gesticulations, des hurlements, la casse d'objets ou la destruction des biens de la victime (8)
- menacer de blesser l'enfant (8)
- l'isoler de sa famille et de ses amis (8)
- des abus verbaux (8)
- une demande excessive des performances de la part de l'enfant (8)
- une dissimulation d'affection et d'amour (8)

- des punitions excentriques et choquantes (enfermer l'enfant dans un placard ou une pièce noire, l'attacher à une chaise) (4)
- une hostilité manifeste envers l'enfant ou son rejet (32)
- l'exposition à des expériences effrayantes ou traumatisantes (32)
- l'interdiction faite à l'enfant de parler lui-même au dentiste lors du rendez-vous (32).

2) Les conséquences locales et générales à court et moyen termes

La **négligence** chez l'enfant peut mener à des problèmes de santé tels que des maladies pulmonaires ou du diabète. La négligence dentaire, plus précisément, donne lieu à des problèmes en rapport avec la santé orale. On retrouve les effets des caries dentaires non traitées sur le court et le moyen terme : douleur, infection, malocclusion provoquant des difficultés à se nourrir, une dysphagie, des difficultés de communication. Les infections sur les dents temporaires peuvent entraîner différentes répercussions sur les dents permanentes, comme une hypoplasie de l'émail, si elles ne sont pas traitées rapidement. L'altération des fonctions orales peut provoquer également une léthargie, un manque de sommeil, un retard de croissance staturo-pondérale, de mauvaises performances à l'école ou pendant des activités sociales, une faible estime de soi et pour conclure une mauvaise qualité de vie (17 ; 4 ; 9).

Les **abus physiques** peuvent entraîner des traumatismes crânio-cérébraux (surtout dans le cadre du syndrome du bébé secoué). Ces traumatismes entravent de façon majeure le déroulement de la scolarité. En effet, on peut retrouver des lésions responsables de retards cognitifs, de crises d'épilepsie, des séquelles d'hématomes cérébraux et/ou de troubles visuels graves, faisant suite à des hémorragies rétiniennes et pouvant aller jusqu'à la cécité complète (32).

Plus globalement, la maltraitance à enfant, quel que soit le type, peut être à l'origine d'un mauvais état de santé générale, de la survenue de crises de paniques, de délinquance, de consommation d'alcool et de drogues (32).

3) Les conséquences psychologiques sur le long terme

Les enfants maltraités et les enfants témoins de violence entre les parents présentent un risque accru de devenir des abuseurs eux-mêmes. Des études ont permis d'émettre une hypothèse de transmission intergénérationnelle de la violence, mais des travaux plus approfondis sur le sujet sont nécessaires pour aboutir à des résultats concluants (39). Ainsi, à chaque fois que l'on évite une quelconque forme de maltraitance, on protège de futures victimes. Reconnaître et rompre ce cycle intergénérationnel de violence est la responsabilité de chacun (4).

Une revue systématique et méta-analyse menée par Lindert et coll. en 2013 a fait le lien entre les abus physiques et sexuels pendant l'enfance et la dépression et l'anxiété plus tard chez ces mêmes personnes. Elle a été réalisée à partir de 19 études incluant 115579 participants (6 études réalisées en Amérique du Nord, 4 en Asie, 4 en Europe, 2 en Amérique Latine, 1 en Afrique, 1 en Australie, 1 en Nouvelle-Zélande) de 2000 à 2012. Le tableau ci-dessous synthétise les résultats de la méta-analyse :

Odds Ratio	Abus sexuel	Abus physique
Dépression	2,04	1,49
Anxiété	2,52	1,70

Tableau II : Synthèse des résultats de la méta-analyse de Lindert et coll. (2013)

Ainsi, il existe un lien très fort entre les abus sexuels et le développement de dépression et d'anxiété avec un odd ratio doublé dans les deux cas. Le risque de développer les mêmes symptômes en cas d'abus physiques est également fort.

Cette méta-analyse présente cependant quelques limites : les études analysées pour les abus physiques sont toutes rétrospectives, les maltraitements y sont évalués avec des méthodes différentes et il n'y a pas de données détaillées sur les caractéristiques des abus (fréquence, durée et sévérité). Enfin, la variabilité des définitions de maltraitance constitue également un biais à cette méta-analyse (40).

Une autre revue systématique et méta-analyse de Norman et coll. en 2012 a été réalisée à partir de 124 études, portant sur les conséquences de la maltraitance physique, émotionnelle et de la négligence à long terme. La maltraitance sexuelle n'est pas incluse dans l'analyse.

De fortes associations ont été retrouvées entre les différents types de maltraitance (autre que sexuelle) et les troubles dépressifs, la consommation de drogues, les tentatives de suicide, l'atteinte par des MST et des comportements sexuels à risque. Le tableau suivant résume les résultats de la méta-analyse :

Odds Ratio	Abus physiques	Maltraitance psychologique	Négligence
Troubles dépressifs	1,54	3,06	2,11
Consommation de drogues	1,92	1,41	1,36
Tentatives de suicide	3,4	3,37	1,95
MST et comportement sexuel à risque	1,78	1,75	1,57

Tableau III : Synthèse des résultats de la méta-analyse de Norman et coll. (2012)

Des corrélations ont été mises en évidence selon Norman et coll. (2012) entre la répétition ou la sévérité de la maltraitance et :

- les abus physiques et psychologiques et les MST
- les abus physiques et psychologiques et l'obésité
- les abus physiques et la dépendance au tabac (41).

Cette méta-analyse a cependant mis en évidence que des études supplémentaires sont nécessaires pour évaluer de manière plus précise le lien entre maltraitance physique, psychologique et négligence et la dépendance à l'alcool, les maladies chroniques et les conduites à risque (41).

Il est particulièrement difficile de comprendre les mécanismes sous-jacents impliqués dans ces conséquences psychologiques du fait de l'absence d'études prospectives à grande échelle et de données expérimentales. Des progrès dans la

compréhension des liens entre maltraitance et conséquences à long terme sur le plan psychologique, comportemental ou général sont donc nécessaires pour mieux comprendre et prendre en charge ces patients (41).

Il existe cependant différents mécanismes potentiels qui pourraient expliquer l'association observée entre les abus et la négligence dans l'enfance et le risque augmenté de troubles cognitifs ou psychologiques. En effet, le développement neurobiologique peut être altéré par la maltraitance durant les premières années de l'enfant, pouvant affecter le développement physique, comportemental, cognitif, émotionnel et social menant à des problèmes d'ordre psychologique et scolaire. Le cerveau de l'enfant étant en phase active de développement et de maturation durant les premières années de vie, les conséquences sur le plan neurobiologique sont, par conséquent, sévères. Il émerge actuellement une évidence selon laquelle les origines de la plupart des maladies de l'adulte proviendraient de perturbations développementales et biologiques intervenant durant l'enfance. Ces expériences négatives précoces peuvent affecter la santé mentale et physique de l'adulte par des dommages cumulatifs pendant des périodes de développement sensitif. Il y a généralement un délai de plusieurs années s'écoulant avant l'expression de symptômes en rapport avec ces altérations neurobiologiques ou neuro-développementales (41).

D'autre part, il faut également noter que les rôles respectifs des gènes, de l'environnement et des interactions gènes-environnement dans la détermination des désordres mentaux sont mal compris et ont vraisemblablement une implication majeure. Bien que la maltraitance infantile présente des conséquences sur la santé aussi bien mentale que physique, ces conséquences ne sont pas indépendantes du contexte socio-économique et familial général. L'exposition à la maltraitance infantile intervient généralement dans un contexte où coexistent d'autres dysfonctionnements familiaux, privation sociale ou facteurs de tension qui peuvent aussi être associés à des désordres mentaux. Il est donc difficile de déterminer l'impact de la maltraitance indépendamment de ces autres paramètres (41).

Chapitre IV : La conduite à tenir au cabinet dentaire face à une forme de maltraitance infantile

Faire les démarches auprès des services de protection de l'enfance permet de prévenir un potentiel futur traumatisme grave à la victime. Le but premier de tout professionnel engagé dans le processus de protection des enfants est d'assurer sa sécurité. Le deuxième objectif est de garantir une aide et une assistance pour les parents de l'enfant (ou responsables) afin que les abus cessent (3). Aux Etats-Unis, une étude a montré que 35 à 50% des enfants ayant été maltraités et retournant à la maison sans aucune forme d'intervention seront à nouveau victimes de blessures graves et de diverses formes de maltraitance (3).

Il est important d'établir un circuit clair pour le bon déroulement des démarches de déclaration : un organigramme local doit être facilement accessible avec les contacts des correspondants à joindre le plus rapidement possible. Le rôle du chirurgien-dentiste se limite au repérage de la maltraitance et au choix des interlocuteurs suivants, on ne lui demande pas de réaliser l'enquête sociale et de juger l'agresseur.

1) De la suspicion à la prise de décision : l'importance du dossier médical

1.1 La confrontation des données avec l'interrogatoire

A partir du moment où le chirurgien-dentiste est alerté par certains des signes cliniques parmi ceux décrits précédemment, il devra engager un interrogatoire de l'enfant et des parents, séparément si possible. Pendant l'entretien, il est recommandé qu'un membre du personnel soit présent à titre de témoin. Pour éviter toute allégation accusatoire, le chirurgien-dentiste doit essayer au maximum de poser des questions ouvertes (35). Il faut également recueillir les dires du mineur en tenant compte de son âge. Les paroles des tout-petits correspondent le plus souvent à ce qu'ils ont vécu et les mots utilisés doivent être déchiffrés en fonction de l'âge et des capacités de verbalisation (32). L'interrogatoire a pour but de chercher une

explication plausible aux signes cliniques préoccupants qui ont été observés. De cet interrogatoire découleront 3 situations possibles : l'exclusion de la maltraitance chez l'enfant, une information préoccupante (enfant en risque de maltraitance ou enfant maltraité en dehors d'une situation d'extrême gravité) ou un enfant maltraité en situation d'extrême gravité.

Le questionnaire suivant d'aide à la prise de décision pour le chirurgien-dentiste est disponible sur le site www.cpdtd.org.uk (Child Protection and the Dental Team) :

- Y a-t-il eu un retard dans la recherche d'un avis dentaire, pour lequel il n'y a pas d'explication satisfaisante ?
- Est-ce qu'il existe plusieurs versions de l'histoire (enfant/parents) ou est-ce que l'histoire racontée est incohérente avec les blessures ou la maladie ?
- Lors de l'examen de l'enfant, y a-t-il des blessures inexplicables ?
- L'attention du chirurgien-dentiste est-elle attirée par le comportement de l'enfant ou par ses interactions avec les parents (ou responsables légaux) ?

Des procédures sont à faire auprès des services de protection de l'enfance si la réponse à une seule de ces questions est positive. Si toutes les réponses sont négatives, on exclut la maltraitance chez l'enfant (34).

1.2 À qui demander conseil ?

Welbury et coll. ont présenté par une étude qualitative les différentes façons d'agir des chirurgiens-dentistes sans expérience dans ce domaine, qui se trouvent face à des suspicions de maltraitance chez un enfant :

- éviter ou reporter le traitement du problème,
- discuter avec d'autres collègues,
- demander à des collègues d'examiner l'enfant pour un deuxième avis,
- contacter un spécialiste en odontologie pédiatrique connu pour être impliqué dans la protection des enfants,
- transférer l'enfant au médecin traitant, à son école ou à la police locale,
- la démarche la moins utilisée est de contacter les services sociaux, bien que les chirurgiens-dentistes formés plus récemment soient plus ouverts à le faire.

Bien qu'en apparence, demander un deuxième avis serait pour le bien de l'enfant, on

peut se demander si ce n'est pas pour déléguer le problème à un autre praticien, cela afin de ne pas être impliqué ou se déresponsabiliser (3).

Il existe différentes structures qui assurent une mission de conseil et d'orientation pour aider le chirurgien-dentiste confronté à une situation d'un enfant en danger :

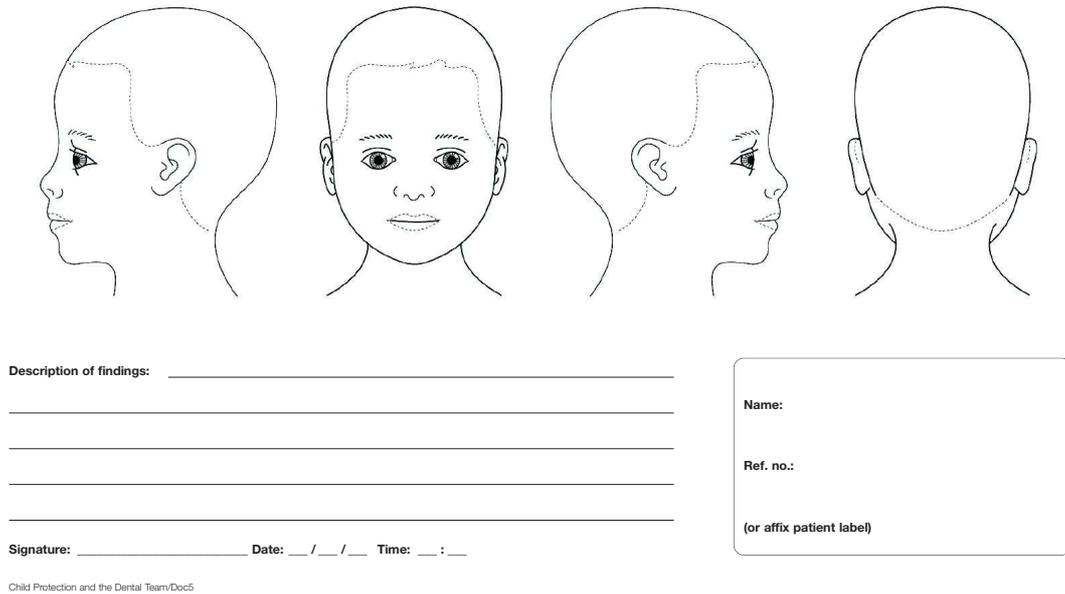
- **Allô enfance en danger** : par téléphone au 119 (appel gratuit accessible 24h/24 et 7j/7) ou par messagerie sur <http://www.allo119.gouv.fr/vos-questions>. Cependant la messagerie ne doit être utilisée que pour des questions d'ordre général sur la protection de l'enfance ou le fonctionnement du 119. Pour poser une question sur une situation concrète d'un enfant vu au cabinet, il faut composer le 119 (28)
- L'équipe du dispositif « enfance en danger » de chaque **cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes concernant les enfants en danger ou en risque de danger** (CRIP). Dans le département du Bas-Rhin, on peut les joindre par fax ((+33) 3 69 06 70 99) ou par téléphone ((+33) 3 69 06 70 70) (42)
- Le **conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes** par téléphone
- Les **urgences pédiatriques hospitalières**.

Il peut également être intéressant d'entrer en contact avec le médecin traitant de l'enfant s'il en a un, ou le médecin scolaire afin de partager ses suspicions et d'avoir des informations sur d'éventuels signes de maltraitance antérieurs.

1.3 La documentation

Il est très important de remplir de façon détaillée le dossier du patient, c'est-à-dire toutes les données recueillies au cours de l'examen clinique, mais aussi les propos de l'enfant et des accompagnateurs, qui doivent être retranscrits mot pour mot, entre guillemets, en évitant tout commentaire ou interprétation personnelle (32). Si possible, il faut photographier les blessures de l'enfant à côté d'une règle et consigner les photographies dans le dossier du patient (35). En cas de traumatismes dentaires ou osseux, il faut également réaliser des radiographies des lésions. Il est également intéressant de reproduire les lésions sur un schéma comme celui disponible en téléchargement libre sur www.cpdt.org.uk.

Record of Facial Injury



The form consists of four line drawings of a child's head from different perspectives: left profile, front view, right profile, and back view. Below the drawings are several horizontal lines for 'Description of findings:'. To the right is a rectangular box with fields for 'Name:', 'Ref. no.:', and '(or affix patient label)'. At the bottom left, there are fields for 'Signature:', 'Date: __/__/__', and 'Time: __: __'. At the very bottom left, there is a small text string: 'Child Protection and the Dental Team\Doc5'.

Figure 9 : Exemple de schéma pour reproduire les blessures de l'enfant (34)

Le carnet de santé de l'enfant doit également être complété, car c'est un outil de liaison entre les différents professionnels de santé. Ne sont reportées que les données objectives relatives au développement de l'enfant et à la pathologie observée (32).

Enfin, un certificat médical initial doit être donné au représentant légal dans la mesure où celui-ci n'est pas impliqué dans les faits. Ce certificat fait partie des éléments médico-légaux qui permettent la sanction éventuelle de l'auteur des faits, mais aussi l'indemnisation de la victime. Le chirurgien-dentiste doit en garder une copie. Cependant, la protection de l'enfant prime sur la rédaction du certificat, donc en cas de danger imminent, il faut prioritairement mettre l'enfant à l'abri (43).

2) La conduite à tenir pour chaque situation

Après l'examen de l'enfant et la confrontation des données cliniques et de l'interrogatoire, le chirurgien-dentiste peut se trouver face à 3 situations distinctes :

- l'infirmité de ses suspicions

- une information préoccupante : le praticien craint que la santé, la sécurité ou l'équilibre psychologique de l'enfant soient **en danger ou en risque** de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social soient gravement compromises ou en risque de l'être (enfant maltraité en dehors d'une situation d'extrême gravité ou enfant en risque de maltraitance) (44)
- un enfant maltraité en situation d'extrême gravité.

L'organigramme ci-dessous présente les sous-catégories de l'enfant en danger, desquelles dépendra sa prise en charge. En orange, on a les informations préoccupantes et en rouge, les situations d'extrême gravité.

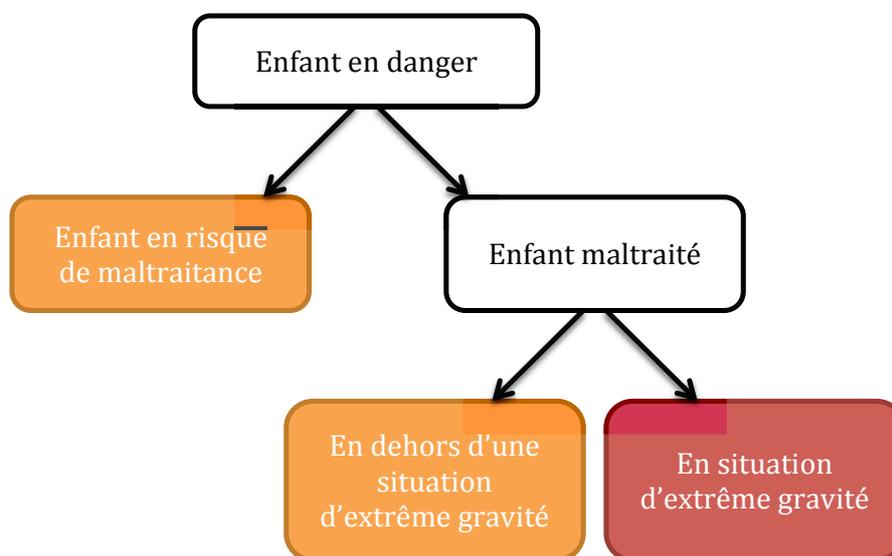


Figure 10 : Présentation des sous-catégories de l'enfant en danger

2.1 Face à une infirmation

Le chirurgien-dentiste poursuivra sa consultation normalement si sa demande de conseil auprès d'autres structures l'amène à un diagnostic d'absence de maltraitance.

2.2 Face à une information préoccupante

En dehors des situations d'extrême gravité, les informations préoccupantes relèvent de la compétence du conseil général. Le chirurgien-dentiste doit donc

transmettre son information préoccupante à la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes concernant les enfants en danger ou en risque de danger (CRIP). Le chirurgien-dentiste peut le faire :

- par écrit à l'adresse suivante pour le Bas-Rhin :

M. le président du Conseil Départemental du Bas-Rhin

Direction de l'enfance et de la famille

Service de protection de l'enfance

Dispositif enfance en danger

Hôtel du Département

Place du Quartier Blanc

67964 Strasbourg cedex 9

- par fax au numéro suivant : (+33) 3 69 06 70 99 (Bas-Rhin)

- par téléphone au numéro suivant : (+33) 3 69 06 70 70 (Bas-Rhin).

Pour trouver les coordonnées des CRIP d'autres départements, il faut entrer le code postal de la ville sur le lien suivant : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F781> (45).

La CRIP réceptionne toutes les informations préoccupantes qui sont portées à sa connaissance par tout professionnel, particulier ou encore par le 119. Les informations partagées doivent être limitées à celles qui sont nécessaires à l'évaluation, à la détermination et à la mise en œuvre d'actions à des fins de protection du mineur (32).

A la réception d'une information préoccupante, la CRIP procède à une analyse de premier niveau. Cette analyse rapide détermine si l'enfant est déjà connu des services de protection de l'enfance ou si la situation nécessite une protection judiciaire immédiate. Dans ce dernier cas, le parquet est saisi sans délai. Si la situation nécessite un recueil de données supplémentaires et une évaluation approfondie, ce sont les services médico-sociaux du département qui assurent ce travail afin de déterminer si la situation est sans suite, si l'enfant doit bénéficier d'une protection administrative ou si le parquet doit être saisi. Si les mesures de protection administrative sont un échec, si les parents ne coopèrent pas, ou si l'évaluation est

impossible, la CRIP est amenée à faire un signalement au Procureur de la République. Les professionnels à l'origine de l'information préoccupante reçoivent un accusé de réception attestant de leur prise en compte et sont informées de l'issue du traitement (11).

Dans cette situation sans extrême gravité, les soins appropriés doivent être réalisés de manière aussi définitive que possible chez l'enfant. En effet, il est probable que l'enfant et les parents ne se présentent plus pour la suite des soins, une fois que les parents auront été mis au courant de la volonté du chirurgien-dentiste de soumettre l'information préoccupante à la CRIP (4).

2.3 Face à un enfant maltraité et en situation d'extrême gravité

Un enfant maltraité peut se trouver en situation d'urgence immédiate au cabinet dentaire, c'est-à-dire qu'il peut être victime de manière imminente de violence physique (par exemple un parent très remonté au cabinet dentaire menaçant ou levant la main sur l'enfant), de violence sexuelle, de violence psychologique (par exemple un adolescent au bord du suicide) ou de négligence (par exemple un état de santé tel que la vie de l'enfant est en danger). L'enfant nécessite dans ce cas une protection judiciaire immédiate. Pour mettre le mineur à l'abri, il est recommandé d'hospitaliser l'enfant immédiatement et de faire le signalement directement au procureur de la République. Si les parents refusent l'hospitalisation, le chirurgien-dentiste doit absolument adresser le signalement au procureur de la République pour qu'il puisse mettre en place des mesures de protection immédiate du mineur.

Indépendamment du signalement, l'**hospitalisation** en cas de nécessité d'une protection urgente peut se faire sous un prétexte médical, afin de protéger le mineur et de mettre en place une évaluation multidisciplinaire (médicale, psychologique, sociale et judiciaire), en particulier :

- dans le but de soustraire le mineur à son agresseur présumé ou à son milieu (si l'agresseur présumé est toujours au domicile du mineur)
- en cas de troubles psychologiques inquiétants présents chez le mineur (expression d'idées suicidaires, de fugue, etc.) (32).

Il est préférable de remettre à la personne accompagnant l'enfant à l'hôpital une

lettre «banalisée» («Mon cher confrère, je vous adresse pour bilan radio... »). De plus, il faut téléphoner en parallèle au pédiatre de garde pour lui expliquer clairement qu'une maltraitance est fortement suspectée et qu'une hospitalisation semble indispensable. Cet appel permettra également d'organiser les modalités d'accueil de l'enfant (43).

Le chirurgien-dentiste qui a préconisé l'hospitalisation doit s'assurer que le mineur a bien été conduit à l'hôpital. En cas d'urgence vitale, le praticien doit appeler le SAMU (centre 15) pour transférer rapidement l'enfant à l'hôpital (32). Une hospitalisation peut être maintenue par le procureur de la République une fois que le signalement lui a été transmis. Celui-ci peut rendre alors une OPP (ordonnance de placement provisoire) qui interdit aux parents de faire sortir le mineur de l'hôpital sans l'accord de la justice. L'hospitalisation doit s'accompagner du signalement au procureur de la République. Cependant, l'hospitalisation ne peut pas être imposée aux parents par le chirurgien-dentiste. S'ils refusent cette hospitalisation ou si le chirurgien-dentiste constate que le mineur n'a pas été amené à l'hôpital, il est alors recommandé de prévenir le procureur de la République sans délai (32).

Un modèle de **signalement** a été élaboré en concertation entre le ministère de la Justice, le ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, le ministère délégué à la Famille, le conseil national de l'ordre des médecins et les associations de protection de l'enfance (32). Si, dans l'urgence, le signalement se fait par téléphone, un document écrit, daté et signé doit le confirmer. Le praticien s'assurera de sa réception et en conservera un double (32). Il doit également en envoyer une copie à la CRIP (11). Les signalements peuvent être réalisés selon les modèles ci-dessous.

Cachet
du médecin

SIGNALEMENT

(veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

- date (jour de la semaine et chiffre du mois) :
- année :
- heure :

L'enfant :

- nom :
- prénom :
- date de naissance (en toutes lettres) :
- sexe :
- adresse :
- nationalité :

Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec l'enfant) :

- la personne accompagnatrice nous a dit que :

« _____

_____ »

- l'enfant nous a dit que :

« _____

_____ »

Cachet
du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :

Oui

Non

(rayer la mention inutile)

- description du comportement de l'enfant pendant la consultation :

- description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine)

-
-
-
-
-
-
-

Compte-tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au procureur de la République

Fait à _____, le

Signature du médecin ayant examiné l'enfant :

Figure 11 : Modèle de signalement (32)

Le chirurgien-dentiste peut saisir le procureur de la République du Bas-Rhin :

- sur place au Tribunal de grande instance de Strasbourg :

1 quai Finkmatt

CS 61030

67070 STRASBOURG CEDEX

Horaires d'ouverture

Du lundi au vendredi : de 08h00 à 17h00

- par correspondance :

Tribunal de grande instance de Strasbourg

1 quai Finkmatt

CS 61030

67070 STRASBOURG CEDEX

- par télécopie au +33 3 88 75 29 30

- par téléphone au +33 3 88 75 27 27 (45).

2.4 L'organigramme récapitulatif local (Bas-Rhin)

Kvist et coll. a montré dans une étude en Suède que les chirurgiens-dentistes des services publics signalaient significativement plus aux services sociaux lorsqu'il existait des directives précises au cabinet à suivre en cas de suspicion de maltraitance à enfant (36).

Ci-dessous, un organigramme de la prise en charge de l'enfant en danger en fonction de la situation avec les numéros de téléphone des structures à contacter dans le Bas-Rhin. L'infirmité de la maltraitance est en vert, la situation pour laquelle on a une information préoccupante est en orange, et en rouge, on a la situation d'extrême gravité d'un enfant maltraité. Les cases avec un fond coloré correspondent aux actions qui relèvent du chirurgien-dentiste. Les cases sans fond coloré illustrent la suite de la prise en charge de l'enfant qui ne relève plus du chirurgien-dentiste.

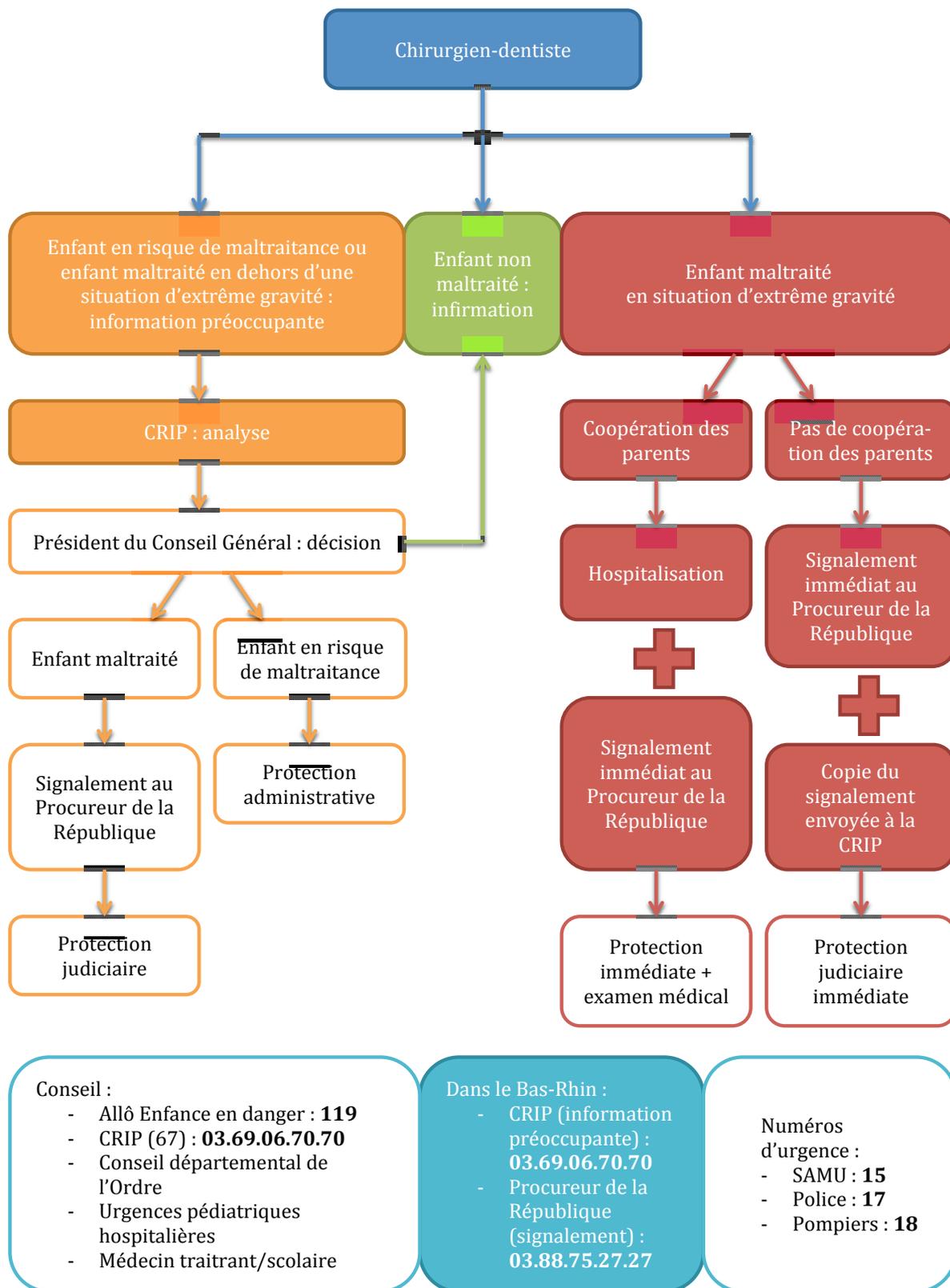


Figure 12 : Organigramme récapitulatif local (Bas-Rhin) des modes de signalement d'une forme de maltraitance

3) La sensibilisation au cabinet dentaire

Toute l'équipe dentaire doit être sensibilisée sur le sujet de la maltraitance à enfant. Les numéros de téléphone et adresses des différentes structures à contacter pour avoir un conseil ou pour transmettre une information préoccupante ou un signalement doivent être facilement accessibles. Un organigramme de prise en charge devrait être affiché.

De plus, une documentation en salle d'attente sur le sujet fournirait non seulement des informations sur la maltraitance à enfant et les lieux pour recevoir de l'aide afin de sensibiliser la collectivité, mais signalerait également à tous les patients que les professionnels de santé au sein du cabinet dentaire sont sensibilisés aux signes de mauvais traitements infligés aux enfants (4). Le numéro vert « 119 allô enfance en danger » est normalement obligatoirement affiché dans les lieux recevant des mineurs. Les affiches et plaquettes sont en téléchargement libre sur <http://www.allo119.gouv.fr/communication-documentation> (46).



Figure 13 : Affiche « 119 allô enfance en danger » pour la salle d'attente (46)

Chapitre V : Discussion

Cette partie traitera de la communication avec les parents en cas de suspicion de maltraitance, du dilemme des chirurgiens-dentistes à entreprendre les démarches de signalement et enfin des raisons pour lesquelles peu de chirurgiens-dentistes mettent en place une procédure de signalement.

1) La communication avec les parents

Les chirurgiens-dentistes vont souvent se demander si les parents doivent être informés de leur volonté de transmettre une information préoccupante au sujet de l'enfant à la CRIP ou de faire un signalement direct au procureur de la République, selon le cas. En effet, il est difficile d'introduire le sujet de la maltraitance en présence des parents avec qui le chirurgien-dentiste a souvent établi une relation professionnelle. L'explication à donner aux parents est délicate et le praticien risque d'éprouver un sentiment de gêne.

Au Canada par exemple, Tsang avance que les parents ou responsables de l'enfant n'ont pas nécessairement besoin d'être avisés en cas de signalement. On suggère en général de ne pas informer les parents pour éviter un épisode conflictuel qui mettrait en danger le chirurgien-dentiste, le personnel du cabinet et l'enfant. Les parents risquent également de tenter de convaincre le praticien de ne pas faire son rapport s'ils sont informés au préalable (35). En Inde, Mathur préconise la même démarche pour des raisons identiques (4).

Cependant, les directives en France sont différentes et sont inscrites dans les textes de loi. En effet, les parents doivent être informés au préalable « selon des modalités adaptées sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant ». L'enfant en question doit également être informé selon « son âge et sa maturité » (Article 226-2-2 du CASF). Ainsi, à moins qu'il n'existe un danger pour l'enfant d'aviser les parents de l'intention de faire des démarches, le chirurgien-dentiste est tenu de le faire.

2) Le dilemme du signalement

Un diagnostic erroné de maltraitance peut avoir des conséquences dévastatrices pour l'enfant et sa famille, mais un enfant chez qui une maltraitance n'est pas signalée peut être soumis à un danger, voire un risque de blessure mortelle (32). Kvist et coll. ont publié en 2014 une étude menée en Suède à partir de groupes de discussions formés de chirurgiens-dentistes spécialisés en odontologie pédiatrique. Le thème principal était les considérations encourageant le chirurgien-dentiste à faire un signalement ou à ne pas le faire. Il a montré qu'il existait des dilemmes cliniques et éthiques à entreprendre des démarches de signalement (47).

Le premier dilemme est le suivant : le chirurgien-dentiste doit-il **assister ou signaler** dans les contextes de négligence? Ce sont deux rôles professionnels parfois incompatibles (« the supporter or the reporter »). Quand il « assiste » l'enfant, le chirurgien-dentiste évite les conflits avec les parents pour maintenir une relation de travail positive dans l'intérêt de pouvoir le soigner et de faire le nécessaire pour prévenir des atteintes bucco-dentaires. Ceci implique de motiver la famille à prendre des rendez-vous pour terminer les traitements et à donner des conseils pour améliorer l'hygiène bucco-dentaire. Le chirurgien-dentiste s'estime déjà satisfait lorsque les parents ramènent l'enfant au cabinet dentaire et préfère avoir une attitude positive (« maintenant vous êtes là, je vais vous aider et vous donner des conseils pour améliorer la santé bucco-dentaire de votre enfant ») plutôt que de dire « vous négligez la santé de votre enfant ». Cette attitude du chirurgien-dentiste reflète la crainte d'altérer la relation de travail avec les parents mais aussi l'incertitude de l'aide qu'apporterait à la famille un signalement de négligence. « Signaler », c'est être conscient de l'obligation professionnelle inconditionnelle de rapporter toute suspicion de maltraitance. Mais le chirurgien-dentiste craint dans ce cas un retard important dans la prise en charge bucco-dentaire de l'enfant.

Le dilemme sera donc de devoir choisir entre prodiguer les soins dentaires nécessaires ou respecter l'obligation de signaler la suspicion et risquer de ne pas revoir l'enfant pour la suite des soins. Certains décident en considérant la gravité des atteintes dentaires et leur perception de l'urgence à faire le signalement (47).

Le deuxième dilemme est de prendre une décision quand il existe **une frontière très floue** entre une simple inquiétude sur le bien-être de l'enfant, une suspicion de maltraitance et une maltraitance authentifiée. Le chirurgien-dentiste signale plus facilement quand il y a des atteintes dans son domaine de compétence, c'est-à-dire au niveau de la sphère orale (en cas de négligence : une atteinte dentaire étendue, des rendez-vous manqués à répétition, un traitement non suivi en connaissance de cause). Il est difficile de prendre une décision quand la famille semble compliant, mais que de nouvelles lésions carieuses continuent de se former, démontrant le non-respect des mesures d'hygiène bucco-dentaire à la maison. Le dilemme est aussi présent quand le chirurgien-dentiste n'identifie pas de preuve matérielle, mais des interprétations subjectives, par exemple, quand l'enfant sursaute dès que le dentiste lève la main ou fait un mouvement brusque. Est-ce un signe de maltraitance ou existe-t-il des difficultés familiales comme un divorce, une maladie, un stress important? (47).

Enfin, un dilemme existe quand le chirurgien-dentiste fait part de ses préoccupations à des collègues ou à d'autres professionnels de l'enfance, et que **les avis divergent**. De plus, faire un rapport n'est pas un acte que le praticien a envie de faire et certains chirurgiens-dentistes ont des doutes quant à l'amélioration de la situation de l'enfant après avoir fait les démarches nécessaires. Le signalement aux autorités compétentes peut être un fardeau supplémentaire à gérer pour certaines familles. Ce dilemme vient en grande partie du manque de communication avec les systèmes de protection de l'enfance et du manque de retour après l'évaluation des conditions de vie de l'enfant. Il est important pour le praticien de savoir *a posteriori* si ses suspicions étaient fondées (47).

3) Les raisons pour lesquelles les chirurgiens-dentistes ne font pas les démarches

En pratique, les suspicions sont bien plus nombreuses que le nombre de rapports réellement faits. Pourtant, une simple suspicion est le seuil à partir duquel il est demandé au chirurgien-dentiste d'entreprendre les démarches de signalement (47).

Mouden rapporte en 1996 que seulement 1% des cas signalés l'ont été par un chirurgien-dentiste aux Etats-Unis (48). Une étude a été menée par Adair et coll. en 1997 en Géorgie et en Floride pour évaluer la propension des chirurgiens-dentistes à rapporter des cas hypothétiques de maltraitance infantile. Des vignettes suggérant une suspicion d'abus physique et une suspicion de négligence ont été envoyées à des chirurgiens-dentistes omnipraticiens et à des spécialistes en odontologie pédiatrique avec des questionnaires pour évaluer leur perception des deux situations. La vignette suggérant la négligence présente la description suivante : un nouveau patient de 6 ans se présente au cabinet dentaire et nécessite plusieurs rendez-vous pour des soins conservateurs, le traitement étant pris en charge par une tierce personne. Les parents ne l'ont pas amené aux deux derniers rendez-vous sans justification et il a 30 minutes de retard aujourd'hui. La vignette suggérant un abus physique présente la description suivante : un enfant de 7 ans vient en urgence avec la joue gauche rouge, enflée, une déchirure du frein maxillaire et la perte de l'incisive maxillaire gauche. Lorsqu'ils sont interrogés séparément, le parent rapporte un traumatisme qui a eu lieu au terrain de jeu plus tôt dans la journée, mais l'enfant refuse de donner des détails sur l'accident (49 ; 50).

Pour la vignette présentant une forte présomption de négligence, 72,6% des répondants estimaient que la situation était grave, mais seuls 9,7% d'entre eux étaient prêts à en faire un rapport aux services de protection de l'enfance. De même pour la vignette suggérant un abus physique, 69,8% des répondants estimaient être face à une situation grave, mais seuls 36% des praticiens auraient entamé les démarches de signalement. On peut noter un biais dans l'étude : dans une telle situation en réalité, les praticiens auraient eu l'opportunité d'obtenir plus d'informations qui les auraient aidés à prendre la décision d'un signalement. Cette étude démontre également que les chirurgiens-dentistes sont plus susceptibles de signaler les abus physiques que la négligence (49 ; 50).

Pourquoi les chirurgiens-dentistes ne font-ils donc pas les démarches nécessaires ? De nombreux obstacles au signalement d'une suspicion de maltraitance sont illustrés dans la littérature internationale :

- L'incertitude du diagnostic de maltraitance (47)
- La crainte : d'être face à des parents mécontents (35), d'une éventuelle violence envers l'équipe dentaire ou l'enfant (17), de représailles économiques pour le cabinet dentaire (perte de clientèle) (35)
- L'ignorance du problème et le défaut de sensibilisation des chirurgiens-dentistes sur la maltraitance infantile (35), le manque de connaissance des signes diagnostiques évocateurs et le défaut d'éducation pendant les études (51). Welbury et coll. avancent également que le chirurgien-dentiste doit faire face à une pression de temps et d'argent limitant sa participation aux formations. Et dès lors qu'il a le temps de suivre une formation, d'autres sujets entreront en compétition avec celui de la protection de l'enfance (3)
- Le déni du chirurgien-dentiste : il peut refuser de croire que les parents négligent leurs enfants (35) ou ne pas admettre les faits ou la sévérité de la situation pour le signaler (8). Certains peuvent se retrancher dans l'idée que l'absence répétée aux rendez-vous est liée à la crainte du chirurgien-dentiste par les parents plutôt qu'à une forme de négligence (36)
- La connaissance par le praticien de la famille et la volonté de ne pas détériorer les relations établies (32)
- Le manque de connaissances sur les systèmes de protection de l'enfance (47), le manque de protocole de signalement clairement établi (17)
- L'incertitude sur les conséquences positives pour l'enfant d'une démarche de signalement (32)

- Le sentiment d'isolement du chirurgien-dentiste : peu de communication avec les autres professionnels de santé et les services d'autorité locaux (3).

Thomas et coll. ont dirigé une étude à l'Université de Michigan portant sur les connaissances en termes de maltraitance infantile et de négligence des étudiants en chirurgie dentaire et des étudiants hygiénistes:

- 94,7% des étudiants hygiénistes et 70,5% des étudiants en odontologie disent avoir eu des cours lors de leurs cursus sur la maltraitance et la négligence à enfant
- 5,5% des étudiants en odontologie et 16,7% des étudiants hygiénistes définissent correctement la maltraitance à enfant
- 32,2% des étudiants en odontologie et 13,2% des étudiants hygiénistes ne connaissent pas leurs responsabilités légales concernant tout signalement de suspicion de maltraitance
- 82,4% des étudiants en odontologie et 78,9% des étudiants hygiénistes ne savent pas où faire le signalement (51).

Le chirurgien-dentiste doit garder à l'esprit que signaler une suspicion n'est pas une accusation mais va permettre de mettre en place une enquête sociale dans le but de protéger l'enfant.

Conclusions

La maltraitance à enfant représente un fléau mondial et constitue un enjeu de santé publique conséquent dans les pays développés ou en voie de développement. Diverses études montrent que de nombreux signes cliniques de la maltraitance se situent dans la région oro-faciale. Les chirurgiens-dentistes sont donc idéalement placés pour diagnostiquer précocement ces signes et mettre en place une procédure de signalement aux autorités compétentes afin de protéger l'enfant. De plus, ils sont en contact avec une proportion significative d'enfants pour les soins et les bilans bucco-dentaires, et peuvent souvent évaluer leur environnement familial.

Il est important dans un premier temps de définir ce qu'est la maltraitance à enfant. Malheureusement, il n'existe pas de consensus et les définitions diffèrent selon les états, les organisations, les textes de loi ou les cultures. Néanmoins, la plupart des définitions décrit quatre types de maltraitance, pouvant être retrouvés seul ou en association : la négligence (parmi laquelle on peut retrouver la négligence dentaire), les abus physiques, la violence psychologique et les abus sexuels. En France, on parle d' « enfants en danger », parmi lesquels on fait la distinction entre les « enfants maltraités » et les « enfants en risque de maltraitance », c'est-à-dire les enfants qui subissent des formes de maltraitance et ceux qui sont susceptibles d'en subir. D'autre part, toute suspicion est appelée « information préoccupante » et le terme de « signalement » est réservé à la transmission des informations préoccupantes, après évaluation, au Procureur de la République.

Du côté de l'épidémiologie de la maltraitance à enfant, il est difficile de donner des chiffres précis à grande échelle étant donné la variation des définitions, leurs limites floues et la subjectivité qui en découle. Cependant, les études réalisées à l'échelle mondiale, européenne ou nationale présentent des données inquiétantes et laissent supposer la gravité du problème.

La maltraitance à enfant est encadrée par plusieurs traités internationaux. Le premier à en faire état est la Déclaration de Genève dès 1924. La Convention internationale des Droits de l'Enfant, signée par 197 Etats et ratifiée par tous sauf les Etats-Unis, couvre l'ensemble des droits fondamentaux de l'enfant.

En France, la loi du 5 mars 2007 a réformé la protection de l'enfance. Les mineurs en situation de risque de maltraitance bénéficient d'une protection administrative qui dépend du conseil général. Les mineurs maltraités bénéficient d'une protection judiciaire déterminée par le Procureur de la République. Cette loi a permis la mise en place des Cellules départementales de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) qui permettent d'analyser les situations individuelles et d'évaluer les aides dont a besoin l'enfant. Après évaluation et en cas de maltraitance avérée, le président du Conseil Général fait un signalement au Procureur de la République. En France, il existe également un Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger ou « Allô enfance en danger » (le 119). Il est aussi intéressant de noter que la levée du secret professionnel est tolérée dans les cas de maltraitance à enfant. Le Code Pénal oblige toute personne (y compris au cours de sa profession) ayant connaissance d'une maltraitance d'en informer les autorités compétentes. Le chirurgien-dentiste a aussi une obligation d'ordre déontologique de signaler toute suspicion de maltraitance.

Avant de pouvoir signaler une suspicion de maltraitance infantile, il faut savoir la reconnaître. Le dépistage de la maltraitance devrait donc faire partie intégrante de chaque examen clinique d'un enfant par le chirurgien-dentiste. Il existe des signes d'appel cliniques spécifiques mais d'autres sont plus généraux tels que des comportements inhabituels et donc plus difficiles à discerner et à interpréter par le chirurgien-dentiste. Chaque situation reste unique et individuelle. Les signes cliniques varient selon le type de maltraitance. Les blessures physiques peuvent être les mêmes que lors d'accidents, mais il existe des spécificités quant à leur localisation topographique et stades de cicatrisation et le doute existera surtout lorsque le discours de l'enfant ou des parents est discordant. Les signes de négligence et plus particulièrement de négligence dentaire sont aussi délicats à mettre en avant et dépendent de l'interprétation faite par le praticien. En effet, la carie dentaire est une des maladies chroniques les plus communes au monde, donc la seule présence de caries ne peut être considérée comme une confirmation de négligence dentaire. L'évaluation de l'environnement général de l'enfant, du contexte et de l'attitude de ses parents est importante. Les abus sexuels et la maltraitance psychologique seront principalement diagnostiqués à partir de signes comportementaux propres à l'enfant ou aux parents.

La maltraitance infantile provoque plus de morbidités physiques et psychologiques que la plupart des maladies de l'enfant, que ce soit à court, moyen ou à long terme. A plus long terme, on peut citer comme conséquences de la maltraitance infantile la dépression, l'anxiété, la consommation de drogues, les tentatives de suicide, les maladies sexuellement transmissibles et comportements sexuels à risque, l'obésité, la dépendance au tabac et les maladies chroniques. Il est cependant difficile de déterminer l'impact de la maltraitance indépendamment d'autres paramètres car elle intervient souvent dans un contexte socio-économique et familial complexe où coexistent d'autres difficultés.

La conduite à tenir au cabinet dentaire face à une forme de maltraitance infantile doit être clairement définie pour être efficace. L'interrogatoire de l'enfant et de ses parents (ou accompagnateurs) doit être fait si possible séparément et les données doivent être confrontées et rapportées mot pour mot dans le dossier du patient. Des photographies, qui auront une importance médico-légale, seront également indiquées ou au moins un schéma reproduisant les blessures de l'enfant. Il existe des structures à contacter pour renseigner et orienter le chirurgien-dentiste en cas de doute (le 119, la CRIP, le Conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, les urgences pédiatriques).

Face à une information préoccupante, c'est-à-dire un enfant en risque de maltraitance ou un enfant maltraité (mais en dehors d'une situation d'extrême gravité), le chirurgien-dentiste devra faire part de ses suspicions à la CRIP. Il ne fait que relayer l'information. Ce sera ensuite à la CRIP de réaliser les investigations nécessaires pour évaluer plus précisément la situation de l'enfant et la prise en charge dont il a besoin. Le praticien devra également essayer de faire le maximum de soins de façon la plus définitive que possible dans l'hypothèse où les démarches entreprises retardent les soins indiqués.

Face à une situation clairement établie d'enfant maltraité en situation d'extrême gravité, le praticien doit faire son nécessaire pour placer l'enfant en sécurité. Si les parents coopèrent, il fait hospitaliser l'enfant et envoie immédiatement son signalement au Procureur de la République. Si les parents ne coopèrent pas, il contacte immédiatement le Procureur de la République qui fera le nécessaire pour mettre l'enfant sous protection judiciaire. Il devra également lui envoyer en parallèle un signalement par écrit et un double à la CRIP.

Les obligations du chirurgien-dentiste s'arrêtent là, son rôle se limite au dépistage de la maltraitance et au choix des interlocuteurs. La CRIP ou le Procureur de la République le tiendront informé de la suite de la prise en charge en retour. L'organigramme présent dans la thèse récapitule la prise en charge par le chirurgien-dentiste de l'enfant en danger et les numéros de téléphone des structures à contacter dans le Bas-Rhin.

Enfin, il faut noter que le praticien est confronté à des difficultés non négligeables face à une suspicion de maltraitance à enfant. D'une part, la communication avec les parents de l'enfant afin de les informer de l'intention de faire les démarches face à une suspicion est délicate mais obligatoire en France, à moins qu'elle ne soit « contraire à l'intérêt de l'enfant ». D'autre part, le signalement représente un dilemme pour le chirurgien-dentiste. En effet, il devra parfois choisir entre soigner l'enfant en conservant la relation professionnelle établie avec les parents, ou faire les démarches au risque de ne plus revoir l'enfant par la suite et donc ne pas pouvoir effectuer tous les soins nécessaires. De plus, la crainte de faire un signalement erroné, qui aurait des conséquences désastreuses pour les parents est un autre facteur déterminant dans le renoncement à faire un signalement. Parmi les difficultés, on note également la frontière très floue entre une simple inquiétude pour le bien-être de l'enfant, une suspicion de maltraitance et une maltraitance authentifiée, et surtout lorsqu'il n'y a pas de preuve matérielle, mais un pressentiment suite à des signes comportementaux. La plupart des chirurgiens-dentistes ne font pas les démarches nécessaires pour de multiples raisons.

L'effort demandé (et inscrit dans les textes de loi) de signaler aux autorités compétentes en cas de suspicion est pourtant minime mais peut sauver une vie. La clarification du protocole à suivre doit permettre de lever un frein qui empêche le praticien de réaliser ces démarches.

Références bibliographiques

1. Tursz A, Institut de recherche en santé publique. La maltraitance envers les enfants. Questions de santé publique. 2011 ; 14. [En ligne]. http://www.iresp.net/iresp/files/2013/04/110826112024_gspn-14-maltraitance.pdf. Consulté le 23 décembre 2015.
2. Cairns AM, Mok JY, Welbury RR. Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting. International Journal of Paediatric Dentistry. 2005 ; 15 : 310-318.
3. Welbury RR, Macaskill SG, Murphy JM, Evans DJ, Weightman KE, Jackson MC, Crawford MA. General dental practitioners' perception of their role within child protection : a qualitative study. European Journal of Paediatric Dentistry. 2003 ; 4 : 89-95.
4. Mathur S, Chopra R. Combating Child Abuse: The Role of a Dentist. Oral Health and Preventive Dentistry. 2013 ; 11 : 243-250.
5. Convention internationale des Droits de l'Enfant. Organisation des Nations Unies, 1989.
6. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. La maltraitance des enfants. [En ligne]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/>. Consulté le 23 décembre 2015.
7. Gabel M, Padiou C. L'observation de l'enfance en danger : guide méthodologique. ODAS éditeur ; 2001, 38p. [En ligne]. http://odas.net/IMG/pdf/200105_Guide_methodo_Enfance_en_danger_2001.pdf. Consulté le 20 décembre 2015.
8. Rayman S, Dincer E, Almas K. Child abuse : concerns for oral health practitioners. The New York State Dental Journal. 2013 ; 79 : 30-34.

9. Ramazani N. Child dental neglect: a short review. International Journal of high risk behaviors and addiction. 2014; 3. [En ligne]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4331660/>. Consulté le 23 décembre 2015.
10. Butchart, A, Phinney Harvey, A, Mian, M., FURNISS, T., Kahane, T. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2006, 97p.
11. Ministère de la santé et des solidarités. Le guide pratique de la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation. 2007, 33p. [En ligne]. http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Cellule_depart_3_BAT-3.pdf. Consulté le 23 décembre 2015.
12. Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G. European report on preventing child maltreatment. Copenhagen : World Health Organization Regional Office for Europe ; 2013. 115 p. [En ligne]. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf. Consulté le 23 décembre 2015.
13. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. The Lancet. 2009 ; 373 : 68-81.
14. SNATED : Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger. Etude statistique relative aux appels du SNATED 2015. [En ligne]. <http://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/activite/etude-stats2014-snated.pdf>. Consulté le 26 décembre 2015.
15. ONED : Observatoire national de l'enfance en danger. 288300 mineurs pris en charge en protection de l'enfance au 31 décembre 2013. [En ligne]. <http://www.oned.gouv.fr/actualite/288-300-mineurs-pris-en-charge-en-protection-lenfance-au-31-decembre-2013>. Consulté le 23 décembre 2015.

16. Kacker L, Varadan S, Kumar P. Study on Child Abuse : India 2007. New Dehli : Ministry of women and child development, government of India ; 2007. 192 p. [En ligne]. http://www.savethechildren.in/custom/recent-publication/Study_on_Child_Abuse_India_2007.pdf. Consulté le 21 décembre.
17. Bhatia SK, Maguire SA, Chadwick BL, Hunter ML, Harris JC, Tempest V, Mann MK, Kemp AM. Characteristics of child dental neglect : a systematic review. Journal of Dentistry. 2014 ; 42 : 29-239.
18. Harris JC, Elcock C, Sidebotham PD, Welbury RR. Safeguarding children in dentistry : 2. Do paediatric dentists neglect child dental neglect ? British Dental Journal. 2009 ; 206 : 465-470.
19. Valencia-Rojas N, Lawrence HP, Goodman D. Prevalence of early childhood caries in a population of children with history of maltreatment. Journal of Public Health Dentistry. 2008 ; 68 :94-101.
20. Cukovic-Bagic I, Welbury RR, Flander GB, Hatibovic-Kofman S, Nuzzolese E. Child protection : legal and ethical obligation regarding the report of child abuse in four different countries. Journal of Forensic Odonto-Stomatology. 2013 ; 31 : 15-21.
21. Déclaration de Genève. Société des Nations, 1924.
22. Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. Assemblée générale des Nations Unies, 1948.
23. Déclaration des Droits de l'Enfant. Assemblée générale de l'ONU, 1959.
24. Pacte international relatif aux Droits civils et politiques. Assemblée générale des Nations Unies, 1966.
25. Pacte international relatif aux Droits économiques, sociaux et culturels. Assemblée générale des Nations Unies, 1966.

26. Wikipedia. La protection de l'enfance en France. [En ligne]. https://fr.wikipedia.org/wiki/Protection_de_l%27enfance_en_France. Consulté le 23 décembre 2015.

27. Direction générale de l'action sociale, bureau de l'enfance et de la famille. Dossier : la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. [En ligne]. http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Reforme_protection_enfance.pdf. Consulté le 20 décembre 2015.

28. SNATED : Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger. Présentation. [En ligne]. <http://www.allo119.gouv.fr/presentation>. Consulté le 13 janvier 2016.

29. Code Pénal

30. Code de l'action sociale et des familles.

31. ONCD : Ordre national des chirurgiens-dentistes. Le code de déontologie. [En ligne]. <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/code-de-deontologie/consulter-le-code-de-deontologie.html>. Consulté le 23 décembre 2015.

32. Dhénain M. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. Haute Autorité de Santé ; 2014, 111p. [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf. Consulté le 20 décembre 2015.

33. Kellogg N. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. Pediatrics. 2005 ; 116 : 1565-1568.

34. Harris J, Sidebotham P, Welbury R, Townsend R, Green M, Goodwin J, Franklin C. Child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. [En ligne]. www.cpdtd.org.uk. Consulté le 20 décembre 2015.

35. Tsang A, Sweet D. Violence et négligence envers les enfants - les dentistes en font-ils assez? Journal de l'Association dentaire canadienne. 1999 ; 65 : 387-391.
36. Kvist T, Malmberg F, Boqvist AK, Larheden H, Dahllöf G. Clinical routines and management of suspected child abuse or neglect in Public Dental Service in Sweden. Swedish Dental Journal. 2012 ; 36 : 15-23.
37. AMELI : Assurance maladie en ligne. Les examens bucco-dentaires. [En ligne]. <http://www.ameli.fr/assures/prevention-sante/les-examens-bucco-dentaires/l-examen-bucco-dentaire-m-t-dents.php>. Consulté le 23 décembre 2015.
38. CMU : Couverture Maladie Universelle. Présentation générale des dispositifs d'aide. [En ligne]. http://www.cmu.fr/les_droits_a_la_couverture_maladie.php. Consulté le 23 décembre 2015.
39. Institute of Medicine, National Research Council. New directions in child abuse and neglect research. Washington, DC : National Academies of Sciences ; 2014, 410p. [En ligne]. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK195985/pdf/Bookshelf_NBK195985.pdf. Consulté le 20 décembre 2015.
40. Lindert J, Von Ehrenstein OS, Grashow R, Gal G, Braehler E, Weisskopf MG. Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course : systematic review and meta-analysis. International Journal of Public Health. 2014 ; 59 : 359-372.
41. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect : a systematic review and meta-analysis. **Plos Med.** 2012 ; 9. [En ligne]. <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001349>. Consulté le 23 décembre 2015.
42. Conseil départemental du Bas-Rhin. Solidarités : Enfance en danger. [En ligne]. <http://www.bas-rhin.fr/solidarites/enfance/enfance-en-danger>. Consulté le 20

décembre 2015.

43. Bui E, Malbec V, Manaouil C. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences. Haute Autorité de Santé ; 2011, 32p. [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/certificat_medical_initial_concernant_une_personne_victime_de_violences_-_recommandations.pdf. Consulté le 20 décembre 2015.

44. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Définition de l'information préoccupante et éléments de guidance. [En ligne]. <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/famille,774/dossiers,725/enfance-en-danger,2309/definition-de-l-information,14666.html>. Consulté le 23 décembre 2015.

45. Administration Française. Enfant en danger : comment le signaler? [En ligne]. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F781>. Consulté le 23 décembre 2015.

46. SNATED : Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger. Documentation. [En ligne]. <http://www.allo119.gouv.fr/communication-documentation>. Consulté le 27 décembre 2015.

47. Kvist T, Wickström A, Miglis I, Dahllöf G. The dilemma of reporting suspicions of child maltreatment in pediatric dentistry. *European Journal of Oral Sciences*. 2014 ; 122 : 332-338.

48. Mouden LD. How dentistry succeeds in preventing family violence. *Journal of Michigan Dentistry Association*. 1996 ; 78 : 22-48.

49. Adair SM, Wray IA, Hanes CM, Sams DR, Yasrebi S, Russel CM. Perceptions associated with dentists' decisions to report hypothetical cases of child maltreatment. *Pediatric Dentistry*. 1997 ; 19 : 461-465.

50. Adair SM, Yasrebi S, Wray IA, Hanes CM, Sams DR, Russell CM. Demographic, educational and experiential factors associated with dentists' decisions to report

hypothetical cases of child maltreatment. *Pediatric Dentistry*. 1997 ; 19 : 466-469.

51. Thomas JE, Straffon L, Inglehart MR. Child Abuse and Neglect: Dental and Dental Hygiene Students' Educational Experiences and Knowledge. *Journal of Dental Education*. 2006 ; 70 : 558-565.

HEITZMANN (Charlotte) – Maltraitance à enfant : identification par le chirurgien-dentiste et modalités de signalement.

(Thèse : 3^{ème} cycle Sci. odontol. : Strasbourg : 2016 ; N°8)

N°43.22.16.08

Résumé :

La maltraitance à enfant constitue un enjeu de santé publique majeur. Quatre types de maltraitance à enfant sont généralement décrits : la négligence, les abus physiques, la violence psychologique et les abus sexuels. Le chirurgien-dentiste est obligé par la loi mais également par le code de déontologie de signaler toute suspicion de maltraitance. Celui-ci est idéalement placé pour la détecter. En effet, il est en relation avec une proportion non négligeable d'enfants dans sa patientèle. De plus, de nombreux signes cliniques de la maltraitance se situent dans la région oro-faciale et peuvent être dépistés en premier lieu par le chirurgien-dentiste.

La conduite à tenir au cabinet dentaire doit être clairement définie pour être efficace. Elle dépendra de la situation de l'enfant en danger : l'enfant en risque de maltraitance, l'enfant maltraité en dehors d'une situation d'extrême gravité et l'enfant maltraité en situation d'extrême gravité. Ce travail vise à récapituler les démarches à suivre dans le cadre d'une procédure de signalement, ainsi que les différentes instances à contacter.

Malheureusement, peu de chirurgiens-dentistes font les démarches nécessaires pour de multiples raisons. Même s'ils sont confrontés à des difficultés non négligeables, des doutes et des questionnements face à une suspicion de maltraitance, il existe des obligations morales, médico-légales et déontologiques. L'effort demandé est minime mais peut sauver une vie.

Rubrique de classement : Odontologie Pédiatrique

Mots clés : Maltraitance à enfant, chirurgien-dentiste, cadre législatif, signes cliniques, signalement

Me SH : Child abuse, dentist, legal framework, clinical signs, report

Jury :

Président : Professeur MANIERE Marie-Cécile

Assesseurs : Professeur CLAUSS François

Docteur OBRY Frédéric

Docteur DUBOURG Sarah

Membre invité : Professeur RAUL Jean-Sébastien

Coordonnées de l'auteur :

Adresse postale :

C. HEITZMANN

6 Petite rue d'Austerlitz

67000 STRASBOURG