UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2025 N° 37

THESE

Présentée pour le Diplôme d'État de Docteur en Chirurgie Dentaire le

3 juillet 2025

par

BELAIDENE CELIA

née le 12 / 11 / 2000 à ALGER

CRÉATION D'UNE FORMATION EN LIGNE SUR LE RÔLE DU CHIRURGIEN DENTISTE FACE AUX ENFANTS VICTIMES DE MALTRAITANCE

Président : Professeur OFFNER Damien

Assesseurs : Professeur CLAUSS François
Docteur BOLENDER Yves
Docteur STRUB Marion

À Monsieur le Professeur Damien OFFNER,

Président du jury,

Je vous remercie très sincèrement d'avoir accepté de présider ma thèse et d'être présent en ce jour si important de mon parcours universitaire. Tous les étudiants ayant eu la chance d'apprendre à vos côtés n'ont eu que des éloges à votre égard, et j'en fais partie.

Je suis venue au CASU ces deux dernières années, certes avec le masque souvent un peu bas...mais c'était simplement parce que je souriais tellement à l'idée d'être dans ce service qu'il finissait toujours par glisser et c'est, bien sûr, la seule explication acceptable. Merci du fond du cœur pour votre bienveillance et votre bonne humeur.

À Monsieur le Professeur François CLAUSS,

Membre du jury,

Je tiens à vous adresser ma plus sincère gratitude pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Je vous remercie également du fond du cœur pour votre engagement dans la création de cette formation. Votre disponibilité, votre bienveillance, et le temps que vous m'avez accordé pour l'interview m'ont profondément touchée. Pouvoir compter sur votre implication dans cette démarche de sensibilisation a donné encore plus de sens à ce projet qui me tient tant à cœur.

Merci infiniment.

À Monsieur le Docteur Yves BOLENDER,

Membre de jury,

Je tiens à vous exprimer toute ma gratitude pour votre participation à mon jury de thèse. Vos cours d'orthopédie dento-faciale ont été d'une aide précieuse tout au long de mon cursus. Leur clarté et leur pertinence m'ont permis de mieux appréhender cette discipline et votre pédagogie a grandement contribué à enrichir ma formation. Je vous remercie sincèrement pour votre engagement et votre partage de savoir.

À Madame le Docteur Marion STRUB,

Directrice de thèse,

Vos fameux "Oh non, pas toi" pourraient presque me faire douter de votre enthousiasme à nous voir débarquer dans votre service. C'est ce mélange unique de franchise et de bienveillance qui m'a donné envie de vous choisir comme directrice pour cette thèse. Votre curiosité insatiable et votre passion pour explorer de nouveaux sujets ont donné à ce projet une toute autre dimension. Vous m'avez corrigée quand il le fallait (et je reconnais qu'il le fallait souvent), mais toujours avec cette motivation et ce soutien qui donnaient envie de faire mieux à chaque fois. Une chose est sûre c'est que vous avez réussi l'impensable : me faire aimer la pédodontie. Moi, qui ne pensais pas un jour en arriver là, voilà que mon sujet de thèse en est aujourd'hui le témoignage. Alors merci pour votre patience (même quand elle était mise à rude épreuve), pour votre humour, et pour m'avoir accompagnée dans ce projet. Vous avez réussi à marquer mon parcours et, surtout, à me faire rire même dans les moments les plus stressants et je vous en suis infiniment reconnaissante.

À tous les intervenants de la formation :
Madame BEAUFILS, Monsieur MATT, Docteur WALCH, Professeur CLAUSS,

Je tiens à exprimer toute ma gratitude envers chacune et chacun d'entre vous pour votre précieuse contribution à ce projet de thèse. Votre disponibilité, votre accueil chaleureux sur vos lieux de travail et le temps que vous m'avez accordé pour les interviews ont été d'une aide inestimable. Vos expériences et votre implication, chacune différente mais tout aussi précieuse, ont permis d'enrichir considérablement mon travail.

Sans votre engagement et votre générosité, ce projet n'aurait tout simplement pas pu voir le jour. Votre participation active a donné à cette thèse une dimension humaine et professionnelle unique.

Merci à vous tous !

Je souhaite également exprimer ma profonde gratitude envers ma famille et mes ami.e.s,

À mes parents,

Je vous dédie à vous, et uniquement à vous, ce travail de thèse et toutes ces années de travail acharné. Chaque page, chaque mot, chaque réussite porte en elle le désir de vous rendre fiers. Tout cela n'aurait jamais été possible sans votre soutien inconditionnel.

Maman, merci d'avoir toujours été là pour essuyer mes larmes dans les moments les plus difficiles et d'avoir partagé mes joies avec un bonheur encore plus grand que le mien. Ta douceur, ton écoute et ton amour m'ont souvent permis de trouver la force d'avancer.

Papa, merci d'avoir été une source inépuisable de motivation. Ta passion et tes connaissances, particulièrement dans ce domaine que tu maîtrises mieux que moi, ont enrichi mon parcours bien au-delà des mots.

Je suis honorée d'être votre fille et je mesure la chance inouïe que j'ai d'avoir grandi dans un environnement familial sain. Ce travail de thèse m'a malheureusement fait réaliser que cette chance n'est pas donnée à tout le monde.

Il me reste encore beaucoup à apprendre sur la vie, mais je sais que tant que je vous aurai à mes côtés, je pourrai avancer sereinement. Je vous aime infiniment.

À Sofia et Ramy

Je suis sûre que papa et maman sont bien rassurés de savoir que j'ai deux autres « parents » qui veillent sur moi quand ils ne sont pas là. Merci de m'avoir accueillie chez vous chaque année en période de révisions, transformant votre appartement en QG de travail. Vous avez toujours su m'offrir un refuge, que ce soit pour bosser ou juste pour passer des vacances. Je suis tellement reconnaissante de pouvoir compter sur vous. Je vous aime.

À Lilian,

Merci pour ta sérénité constante qui a su apaiser mes tempêtes. Je me sens chanceuse de t'avoir à mes côtés et je suis convaincue que l'avenir te réserve une vie remplie de bonheur. Tu mérites de ressentir autant de lumière et de bien-être que tu en as apporté dans ma vie.

À Nisrine, Nour, Sofya,

Je ne pensais pas qu'il était possible de créer des amitiés aussi fortes après le lycée, et pourtant, vous en êtes la plus belle preuve. Avec vous, j'ai trouvé bien plus que des amies. Vous êtes devenues des sœurs, des confidentes, des complices de chaque petit moment de folie. Vous êtes des véritables rayons de soleil et sans vous, ces années d'études auraient été bien plus grises. Si je devais vous remercier à la hauteur de tout ce que vous m'avez apporté, mes mots dépasseraient largement la taille de cette thèse. Alors merci pour chaque sourire, chaque éclat de rire, chaque moment partagé, merci d'être vous, merci d'être là, je vous aime tellement.

À Milena,

Le fait que tu aies été la seule à répondre au mail d'une parfaite inconnue en détresse en dit long sur la beauté de ton cœur. Dès ce moment-là, j'ai su que tu étais quelqu'un dont la gentillesse et la lumière pouvaient réchauffer même les cœurs les plus durs. Je garde précieusement chaque souvenir de nos voyages, de nos soirées où l'on refaisait le monde et de nos fous rires qui guérissaient tout. Je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu as fait pour moi. Merci d'être toi, tout simplement.

À Eda,

Un sourire comme le tien, il n'y en a pas mille, et une personne comme toi, encore moins. Tous ceux qui ont eu la chance de croiser ta route devraient s'en estimer heureux, car des rencontres comme toi, on n'en fait pas tous les jours. Et parce que les vraies promesses comptent : à ta thèse, c'est moi qui t'offre ta Twingo.

À Zahra,

Ma marraine, ma source de motivation. Je pourrais passer des heures à te dire à quel point je te suis reconnaissante, mais même tout ce temps ne suffirait pas. Tu ne peux pas imaginer à quel point ta présence m'a été précieuse. Merci d'exister, vraiment.

À Talia, Naomie, Niel et Léa

Des amis comme vous, on n'en croise pas tous les jours, et je mesure la chance que j'ai eue de vous avoir à mes côtés. Vous avez su rendre les moments stressants plus légers et les moments joyeux encore plus précieux.

À Mehdi,

Ta timidité pouvait facilement être interprétée comme du désintérêt et puis, le « hasard » (ou devrais-je dire la malchance de l'époque) a voulu que nous nous retrouvions ensemble aux rattrapages de chirurgie en D2. Que ce soit au lac de Baggersee, en clinique ou à la salle de sport, je ne garde que de bons souvenirs de ces instants partagés et je suis heureuse que nos chemins se soient croisés.

À Marina

Sache que tu as été une immense source de motivation pour moi. Je suis tellement heureuse d'avoir partagé avec toi ces quelques centaines d'heures d'emploi du temps (et oui, on les a bien comptées !). Grâce à toi, chaque journée semblait un peu moins longue, et beaucoup plus drôle.

À mes binômes,

Adrien, ton soutien et ta présence m'ont permis d'oser prendre un charge un patient avec plus d'assurance. Je savais que je pouvais compter sur toi, et cela faisait toute la différence.

Mokhtar, merci pour les fous rires, pour ton soutien et pour avoir rendue ma cinquième année un peu moins stressante. Tu as été un binôme en or et puis, entre nous, tu restes l'un des mecs les plus drôles que je connaisse.

Maya, je suis contente de clôturer mes années en OC à tes côtés, tu seras ce genre de dentiste que les patients auront hâte de revoir. Ta bonne humeur est tellement contagieuse qu'on ne peut que repartir avec le sourire (et des dents bien soignées bien sûr).

À Igor et Kadour,

Vous avez su marquer tous les étudiants qui ont eu la chance de vous rencontrer. Cette empreinte si particulière, vous la devez à la bonté de votre cœur.

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2025 N° 37

THESE

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire
le 03 juillet 2025

par

BELAIDENE Celia

né(e) le 12/11/2000 / à ALGER

CRÉATION D'UNE FORMATION EN LIGNE SUR LE RÔLE DU CHIRURGIEN DENTISTE FACE AUX ENFANTS VICTIMES DE MALTRAITANCE

Président : Professeur OFFNER Damien

Assesseurs : Professeur CLAUSS François
Docteur BOLENDER Yves
Docteur STRUB Marion

1. Introduction 13

2. Contexte 16

2.1 Définition de la maltraitance infantile 16

2.1.1 Définitions et typologies 16

2.1.1.1 Différents types de maltraitance 17

La maltraitance physique 17

La maltraitance émotionnelle 17

Les violences sexuelles 18

Les négligences lourdes 19

L'exploitation 20

2.2 Les conséquences de la maltraitance infantile 20

2.2.1 Les conséquences physiques 21

2.2.2 Les conséquences psychologiques et émotionnelles 21

2.2.3 Les conséquences cognitives et éducatives 22

2.2.4 Les conséquences sociales 22

2.2.5 Les conséquences intergénérationnelles 22

2.3 Les facteurs de risque de la maltraitance 23

2.3.1 Facteurs de risques liés à l'enfant 23

2.3.1.1 Âge 24

2.3.1.2 Sexe 24

2.3.1.3 Caractéristiques particulières 24

2.3.2 Facteurs de risques liés aux parents 24

2.3.3 Facteurs communautaires 25

3. Rôle du chirurgien-dentiste dans la détection et la prise en charge des enfants maltraités 28

3.1 Point de vigilance pour le professionnel de santé 28

3.1.1 Importance de l'anamnèse 28

3.1.2 Aspect général de l'enfant 29

3.1.3 Indicateurs comportementaux et émotionnels chez l'enfant maltraité 31

3.1.4 Comportement des parents 32

3.2 Manifestations bucco-dentaires de la maltraitance physique 33

3.2.1 Lésions faciales 33

3.2.2 Lésions endo-buccales 33

3.3 Aspects juridiques et éthiques....34

3.3.1 Obligation de signalement 34

3.3.2 Protection des professionnels de santé 35

3.3.3 La conduite à adopter par le chirurgien-dentiste....36

3.3.4 Le signalement....38

3.3.4.1 La voie administrative 39

3.3.4.2 La voie judiciaire 40

3.3.5 Rédaction d'une information préoccupante ou d'un signalement 40

4. Création d'un module de formation et de sensibilisation à la maltraitance infantile disponible en ligne....43

4.1 Cahier des charges de la formation en ligne 43

4.1.1 Objectifs généraux de la formation 43

4.1.2 Public cible....43

4.1.3 Format de la formation....44

4.1.4 Caractéristiques des modules....45

4.1.5 Moyens techniques 47

4.1.6 Validation et diffusion de la formation 48

4.2 Conception et réalisation des vidéos 49

4.2.1 Sélection et préparation des intervenants....49

4.3 Évaluation de la formation....53

4.4 Résultats de l'étude pilote 55

5. Discussion....60

6. Conclusion 61

1. Introduction

La maltraitance des enfants constitue une problématique majeure de santé publique, encore trop souvent sous-estimée malgré son ampleur et ses conséquences durables sur le développement des jeunes victimes. Selon les estimations de l'UNICEF publiées en juin 2024, près de 400 millions d'enfants de moins de cinq ans, soit six sur dix dans cette tranche d'âge, subissent régulièrement des formes de violences au sein de leur foyer, incluant des agressions psychologiques ou des châtiments corporels (1). De plus, 40 150 enfants ont été victimes d'homicides mais ce chiffre ne rend pas compte de l'ampleur réelle du problème, car une proportion importante des décès dus à des mauvais traitements peuvent être attribués à tort à une chute, des brûlures, la noyade ou d'autres causes relevant d'accidents de la vie quotidienne (2).

Malgré l'existence des cadres juridiques visant à protéger l'enfance, de nombreux professionnels de santé demeurent insuffisamment formés à la détection et à la prise en charge des situations de maltraitance (3). Parmi eux, les chirurgiens-dentistes qui occupent une place stratégique. Par la spécificité de leur pratique, ils sont régulièrement en contact avec des enfants, et peuvent observer de près des signes évocateurs de violences, qu'ils soient physiques, comportementaux ou relationnels. Toutefois, les études montrent que les signalements émanant de cette profession restent rares, en partie à cause d'un manque de formation, d'une méconnaissance des démarches à entreprendre ou d'une crainte de se tromper. Une étude publiée dans le *Egyptian Journal of Forensic Sciences* souligne que bien que 73% des dentistes soient au courant des indicateurs de maltraitance, plus de 98% affirment que ces cas passent souvent inaperçus lors des consultations (4).

Face à ce constat, cette thèse a pour objectif de contribuer à une amélioration de la formation en proposant un outil pédagogique sous la forme d'un module de formation en ligne destiné aux étudiants du troisième cycle de chirurgie-dentaire à la Faculté de Strasbourg, offrant des outils pratiques pour intervenir et signaler les cas de maltraitance dans un cadre légal et éthique. Elle vise également à encourager une approche collaborative entre les professionnels de santé, les services sociaux et les

autorités compétentes, afin de garantir une prise en charge efficace des enfants en danger.

La première partie de cette thèse aborde les définitions, les typologies et les conséquences de la maltraitance infantile, ainsi que les principaux facteurs de risque. Ensuite, la deuxième partie se concentre sur le rôle que peut jouer le chirurgien-dentiste dans la détection et le signalement de ces violences, en analysant les signes cliniques et comportementaux et en inscrivant sa démarche dans le respect des cadres juridiques et éthiques qui régissent sa profession. Puis, la troisième partie est consacrée à la création du module de formation en ligne, depuis l'élaboration du cahier des charges jusqu'à la réalisation des vidéos à visée pédagogique. Enfin, nous évaluerons la pertinence de cette formation grâce aux réponses à un questionnaire de satisfaction transmis aux étudiants du troisième cycle en chirurgie-dentaire.

2. Contexte

2.1 Définition de la maltraitance infantile

2.1.1 Définitions et typologies

La maltraitance infantile est un terme générique qui englobe toutes les formes de mauvais traitements physiques, émotionnels, sexuels et/ou la négligence infligée à un enfant par un adulte ou une autre personne et qui entraîne un préjudice physique, émotionnel, une menace de préjudice et/ou une exploitation (2). Souvent, un enfant maltraité subit différents types de violences simultanément (5).

La loi du 5 mars 2007, qui réforme la protection de l'enfance en France, abandonne les termes de maltraitance pour introduire les notions distinctes de « danger » et de « risque de danger » englobant les situations où les besoins fondamentaux de l'enfant ne sont pas respectés (6).

L'enfant maltraité est un enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques ou de négligences lourdes ayant des conséquences sur son développement physique et psychologique et nécessitant une mesure de protection ou une mesure de prévention de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ou de la Justice. Le risque de danger concerne un enfant qui connaît des conditions d'existence risquant de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son bien-être, sans pour autant être maltraité (7).

L'Observatoire de la Décentralisation et de l'Action Sociale (ODAS) a simplifié les critères de classification afin de rendre les dispositifs d'intervention plus clairs et cohérents en regroupant les enfants maltraités et les enfants en risque de danger sous la catégorie unique d'enfants en danger dont la situation justifie une intervention administrative (8).

2.1.1.1 Différents types de maltraitance

La maltraitance physique

La maltraitance physique est définie par l'OMS comme toute action physique qui cause une blessure à un enfant, telle que coups, brûlures, morsures, fractures ou d'autres traumatismes (9). Cela inclut également les secousses violentes, les étranglements ou l'administration de substances toxiques.

Le syndrome du bébé secoué est une forme de maltraitance physique encore peu connue et difficile à identifier. Ce syndrome survient lorsqu'un nourrisson ou un jeune enfant est violemment secoué, provoquant des lésions graves, notamment au niveau du cerveau entrainant des hémorragies intracrâniennes ou rétiniennes et des lésions cervicales pouvant mener à des séquelles permanentes ou à la mort (10).

La violence physique est la forme de maltraitance la plus facilement repérable car elle peut laisser des traces visibles sur le corps de l'enfant telles que des ecchymoses, hématomes, plaies, brûlures, fractures, alopécies (8). La gravité des lésions physiques et des séquelles dépendra de la violence du coup mais aussi de l'âge de l'enfant (10). Ces violences sont inscrites dans la législation française aux articles 222-7 et suivant du Code pénal (11).

La maltraitance émotionnelle

La maltraitance émotionnelle se définit comme tout comportement de l'adulte qui cause un dommage émotionnel ou psychologique à l'enfant, comme l'humiliation, les insultes, les menaces, les rejets, les dénigrements, l'isolement ou l'ignorance persistante des besoins émotionnels de l'enfant (10). Selon le guide juridique à l'usage des professionnels de l'enfance réalisé par « Enfance et Partage » : « *les actes de maltraitance sont généralement répétitifs et l'abus émotionnel est impliqué dans toutes les autres formes de violences, même s'il peut arriver seul* » (10).

La violence psychologique est une forme de maltraitance répandue envers les enfants bien qu'elle soit souvent sous-déclarée et sous-estimée , car elle est plus difficile à identifier par rapport aux formes physiques de maltraitance (12). Des études menées par l'OMS montrent que 36% des adultes déclarent avoir été victimes de maltraitance émotionnelle durant leur enfance, ce qui en fait la forme de maltraitance la plus fréquemment auto-déclarée, devant la maltraitance physique (18%), les abus sexuels (8 à 18%) et la négligence (16%) (13).

The *American Professional Society of the Abuse of Children* de 1995 décrit six formes de maltraitances psychologiques (14) :

- le rejet actif traduisant une non-reconnaissance de la légitimité des demandes de l'enfant : ses demandes sont dévalorisées ou rejetées ;
- le dénigrement visant à déprécier et à dévaloriser l'enfant par des humiliations verbales ou non verbales ;
- la terreur lié à la création d'un climat menaçant, hostile ou imprévisible par des menaces verbales répétées : menacer d'abandonner l'enfant, fixer des exigences excessives ou disproportionnées par rapport à l'âge de l'enfant avec menace de préjudice ou donner des consignes et injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter ;
- la marginalisation systématique par isolement de l'enfant : le couper de ses contacts sociaux habituels en l'amenant à croire qu'il n'a personne sur qui compter en dehors de ceux qui le maltraitent ;
- l'indifférence face aux demandes affectives de l'enfant ;
- l'exploitation ou la corruption valorisant les comportements anti-sociaux et déviants chez l'enfant.

Les violences sexuelles

La violence sexuelle est l'utilisation du corps d'un enfant à des fins sexuelles avec un adulte ou une autre personne significativement plus âgée. Il existe plusieurs types d'atteintes sexuelles tels que les attouchements, la pénétration ou l'exploitation sexuelle. Elles peuvent également inclure des activités sans contact, comme amener

l'enfant à regarder des activités sexuelles, à encourager l'enfant à avoir des comportements sexuels inadaptés ou à le prostituer.

En France, les articles 222-22 et 222-23 du Code pénal définissent deux grandes catégories d'abus sexuel, à savoir l'agression sexuelle et le viol.

L'agression sexuelle (article 222-22) : « *constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise* ». L'atteinte sexuelle est un contact physique de nature sexuelle entre la victime et l'auteur des faits. La contrainte peut être physique ou morale sans qu'il n'y ait forcément d'actes de violence. Il suffit que la victime n'ait pas donné son consentement, ou qu'elle n'ait pas été en état de donner une réponse claire.

Le viol (article 222-23) : « *tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise* ».

Ces deux catégories diffèrent principalement par la présence ou l'absence de pénétration. Le viol demeure l'atteinte la plus grave et la plus sévèrement sanctionnée par la loi avec des peines pouvant aller jusqu'à 20 ans de réclusion criminelle. Les peines peuvent être augmentées lorsque la victime est mineure, en situation de vulnérabilité, en cas de menace ou de circonstances particulières telles que l'inceste. Ce crime peut également être puni de la réclusion à perpétuité dans certaines situations. L'agression sexuelle est passible de cinq ans de prison, avec des peines portées à sept à dix ans lorsqu'elle concerne un mineur de moins de 15 ans ou lorsqu'elle est perpétrée par une personne exerçant une autorité sur la victime.

Les négligences lourdes

Les négligences lourdes consistent en une privation des éléments indispensables au bon développement et au bien-être de l'enfant. Il peut s'agir de négligence physique par la privation de nourriture, de soins, d'hygiène, de négligence émotionnelle par la

privation d'affection et de négligence éducative par une scolarisation inadaptée ou absente. Les négligences lourdes sont punies de 7 ans d'emprisonnement.

L'exploitation

L'exploitation des enfants désigne toute forme d'utilisation d'un enfant dans des activités à des fins lucratives, sans égard pour sa santé, sa sécurité ou son développement. Elle peut prendre diverses formes, telles que le travail des enfants. Lorsqu'ils sont contraints de travailler, parfois dans des conditions dangereuses et inadaptées à leur âge, les enfants sont privés de leur droit à l'éducation, au repos et à l'enfance (15). Ce travail peut s'étendre à divers secteurs, notamment l'agriculture, l'industrie, et même le travail domestique.

Une autre forme d'exploitation est la mendicité forcée. Dans ce cas, des enfants sont exploités pour mendier dans la rue, souvent sous la contrainte de réseaux criminels ou par des membres de leur propre famille. Ils sont utilisés comme outils pour susciter la pitié et générer des revenus, souvent dans des conditions de vie précaires et sans accès à des services de base.
Enfin, il existe d'autres formes de travail forcé telles que la traite des enfants, la prostitution, ou leur utilisation dans des activités illégales comme le trafic de drogues ou le vol. Les enfants victimes de ces formes d'exploitation sont souvent soumis à des conditions de vie inhumaines, affectant gravement leur bien-être physique, mental et émotionnel (16).

Dans ces situations, l'enfant est privé de ses droits fondamentaux et cela compromet gravement son développement physique et psychologique.

2.2 Les conséquences de la maltraitance infantile

La maltraitance infantile peut entraîner des répercussions importantes et persistantes pouvant affecter le développement physique, émotionnel et psychologique de l'enfant (15).

2.2.1 Les conséquences physiques

Les conséquences physiques peuvent être variées (17). Parmi elles figurent les blessures visibles, telles que des contusions, fractures, brûlures, lacérations et autres blessures physiques immédiates causées par des coups, des secousses ou d'autres formes de violence.
Il peut également y avoir des problèmes de santé chroniques comme des douleurs persistantes, des troubles neurologiques, des troubles de croissance et d'autres conditions de santé à long terme résultant de traumatismes physiques ou de négligence médicale.
La maltraitance peut entraîner des retards dans le développement psychomoteur de l'enfant et/ou un retard de croissance, souvent dus à la malnutrition ou à un environnement négligent.

Les traumatismes physiques ne se limitent pas à des blessures corporelles. Une étude réalisée par Mandavia *et al.* (2016) a mis en évidence une prévalence plus élevée de troubles de la santé mentale chez les adultes ayant subi des violences physiques durant leur enfance, notamment des syndromes de stress post-traumatique et des troubles dépressifs (18).

2.2.2 Les conséquences psychologiques et émotionnelles

Les conséquences psychologiques et émotionnelles de la maltraitance désignent l'impact durable que peuvent avoir les abus et négligences subis par un enfant sur son bien-être mental et affectif. Elles incluent des troubles de l'humeur, comme la dépression, l'anxiété, des difficultés liées à l'estime de soi, telles qu'un sentiment de honte ou de culpabilité, ainsi que des troubles du comportement, qui peuvent se manifester par de l'agressivité, de l'autodestruction ou des attitudes antisociales (19). Une méta-analyse menée sur 124 études par Norman *et al*. montre que les enfants victimes de maltraitance émotionnelle avaient trois fois plus de risques de développer un trouble dépressif comparé aux enfants non maltraités (20). Les enfants maltraités peuvent adopter des comportements perturbateurs ou dangereux, y compris des actes d'automutilation, ce qui reflète souvent un besoin de gestion des émotions ou une

tentative de contrôle sur leur souffrance (21). Ces conséquences peuvent perdurer tout au long de la vie, affectant leur développement personnel et leurs relations sociales (17).

2.2.3 Les conséquences cognitives et éducatives

La maltraitance peut altérer le développement intellectuel de l'enfant (22). Des recherches indiquent que les enfants maltraités présentent souvent des déficits intellectuels, tels que des difficultés de concentration, des troubles de l'attention et des difficultés scolaires. Ces enfants peuvent également rencontrer des problèmes dans le développement du langage, des capacités de raisonnement et de résolution de problèmes. Ces déficits peuvent être liés à des perturbations dans la maturation des structures cérébrales causées par le stress chronique associé à la maltraitance, affectant ainsi leurs capacités cognitives et leur développement scolaire (23).

2.2.4 Les conséquences sociales

Les conséquences sociales de la maltraitance peuvent avoir un impact sur les relations et les comportements d'un enfant tout au long de sa vie (17). L'enfant peut éprouver des difficultés relationnelles, telles que des problèmes de confiance, un isolement social et des difficultés à établir et maintenir des relations saines. Il est susceptible de s'engager dans des comportements sexuels à risque ou encore une implication dans des activités criminelles (24). Une étude de Mandavia et al. en 2016 montre que 8% des enfants ayant subi des maltraitances physiques et émotionnelles consommaient de l'alcool et de la drogue (18).

2.2.5 Les conséquences intergénérationnelles

Les conséquences intergénérationnelles de la maltraitance se manifestent par la transmission de comportements abusifs ou négligents d'une génération à l'autre. Les enfants courent un risque accru de reproduire ces comportements envers leurs propres enfants, perpétuant ainsi un cycle de violence et de maltraitance (25). De plus, les relations familiales peuvent être profondément affectées par la maltraitance, avec

des dynamiques familiales tendues ou brisées et un risque de violence au sein du couple.

La théorie de l'apprentissage social développée par Bandura suggère que les comportements sont souvent acquis par l'observation et l'interaction avec l'environnement, notamment au sein du système familial, qui joue un rôle crucial dans la transmission de compétences sociales et comportementales. Les enfants, en observant leurs parents tendent à imiter leurs actions et à développer des aptitudes dans la gestion des relations interpersonnelles (26).

La conséquence la plus lourde de tout type de maltraitance infantile reste le décès. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime à 155 000 le nombre d'enfants de moins de 16 ans qui décèdent chaque année dans le monde des suites de maltraitances et négligences. Cependant, une partie des décès n'est probablement pas déclarée comme conséquence de maltraitance (15).

2.3 Les facteurs de risque de la maltraitance

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) décrit les facteurs de risque de la maltraitance des enfants dans son rapport mondial sur la prévention de la violence et catégorise ces risques en trois facteurs : les facteurs liés à l'enfant, aux parents, et à l'environnement familial et communautaire. Ces facteurs de risque sont assez constants d'un pays à l'autre. Cependant, dues aux recherches limitées dans ce domaine, ces facteurs ne sont peut-être associés que d'un point de vue statistique et qu'il n'existe pas entre eux de lien de causalité (15).

2.3.1 Facteurs de risques liés à l'enfant

Les facteurs de risques liés à l'enfant concernent les caractéristiques individuelles qui peuvent augmenter leur vulnérabilité face à la maltraitance, souvent en raison de besoins spécifiques ou de situations qui exigent une attention particulière (15).

2.3.1.1 Âge

Les jeunes enfants, de moins de 5ans sont particulièrement vulnérables, en raison de leur dépendance totale aux adultes et de leur incapacité à se protéger ou à dénoncer les abus. Une étude menée en Finlande et en Allemagne sur les décès de nourrissons révèle que la plupart des victimes avaient moins de 2 ans (27,28). À l'inverse, les violences sexuelles deviennent plus fréquentes à l'adolescence. D'après une étude menée en France auprès de 8,140 adolescents , le taux de viol atteint 0,8% avec une prévalence plus élevée chez les filles (0,9%) que chez les garçons (0,6%) (29).

2.3.1.2 Sexe

Dans de nombreux pays, les filles sont plus vulnérables à certaines formes de violences, notamment les abus sexuels, les mariages précoces ou la prostitution forcée. Une étude internationale révèle que les filles présentent un risque de violences sexuelles 1,5 à 3 fois plus élevé que les garçons (30). En revanche, ces derniers peuvent subir plus fréquemment des punitions physiques sévères ou de la négligence affective, souvent en lien avec des attentes sociales autour de la virilité ou le rejet de comportements considérés comme non conformes aux stéréotypes masculins (31,32).

2.3.1.3 Caractéristiques particulières

La prématurité, les jumeaux et les enfants en situation de handicap constituent des facteurs de vulnérabilité, exposant davantage ces enfants à la violence physique et à la privation de soins. Il apparaît que des facteurs comme une insuffisance pondérale à la naissance, une naissance prématurée, une maladie ou des handicaps physiques ou mentaux peuvent entraver l'établissement de liens affectifs solides entre l'enfant et ses parents, exposant le nourrisson à diverses formes de violence (33).

2.3.2 Facteurs de risques liés aux parents

Selon l'étude statistique de l'activité du 119 pour l'année 2022 (34), les enfants en danger ou en risque de danger vivent majoritairement avec leurs parents (35,4%),

dans une famille monoparentale (27%) ou dans une famille recomposée (18,9%). Plus de 9 auteurs présumés sur 10 proviennent de l'entourage familial de l'enfant (parents, beaux-parents, membres de la fratrie, grands-parents) et dans la majorité des situations (81,4%), les parents sont évoqués comme auteurs présumés de ces dangers. Les auteurs présumés des violences physiques et sexuelles sont le plus souvent les hommes issus de l'entourage.

Parmi les facteurs de risques liés aux parents, nous pouvons citer (33) :

- les jeunes parents, célibataires, au chômage ou catégories socio-professionnelles les plus défavorisées
- la faible estime de soi et la difficulté à exprimer ses émotions
- les parents impulsifs, inaptes à affronter le stress ou ayant des problèmes de santé mentale non traités
- les parents ayant subi eux-mêmes des violences pendant leur enfance
- l'abus d'alcool et de drogue, y compris durant la grossesse
- un manque de connaissances sur le développement de l'enfant ou des attentes irréalistes
- l'implication dans des activités criminelles (toxicomanie, trafic de drogue).

2.3.3 Facteurs communautaires

La maltraitance infantile traverse toutes les classes sociales (15). Toutefois, de nombreuses études menées à travers le monde révèlent un lien étroit entre la pauvreté et la maltraitance des enfants (35). La précarité économique peut accentuer le stress parental, réduire la capacité des parents à répondre aux besoins fondamentaux de leurs enfants, et accroître le risque de comportements négligents ou violents. Les familles vivant dans la pauvreté sont plus souvent confrontées à des conditions de logement inadéquates, à un manque d'accès aux services de santé et à l'éducation, ainsi qu'à un isolement social (36).

Ces études montrent également que la pauvreté limite l'accès à des ressources essentielles pour la protection de l'enfance, ce qui rend plus difficile l'identification et l'intervention dans les situations de maltraitance (15). Néanmoins, il est important de ne pas occulter la maltraitance infantile dans les classes sociales les plus favorisées

où elle est souvent sous déclarée et dissimulée, pouvant en conséquence échapper au contrôle des services sociaux.

3. Rôle du chirurgien-dentiste dans la détection et la prise en charge des enfants maltraités

Le chirurgien-dentiste se trouve en première ligne face à la détection de la maltraitance infantile puisqu'il fait partie des professionnels de santé dits « de premier recours » accueillant des enfants et leurs familles.

Selon une étude menée en 2016, 50 à 75% des lésions dans les cas de maltraitance infantile sont des lésions faciales ou buccales (37). Pourtant, les dentistes ne signalent que 1% des cas d'abus parmi l'ensemble des cas identifiés (38).

3.1 Point de vigilance pour le professionnel de santé

3.1.1 Importance de l'anamnèse

L'anamnèse constitue l'entretien préalable à tout examen clinique. Elle permet au praticien de reconstituer l'histoire médicale et sociale du patient grâce aux informations fournies par ce dernier ou par son entourage (le plus souvent les parents pour les sujets mineurs).
En cas de suspicion de maltraitance ou de négligence, le chirurgien-dentiste doit instaurer un dialogue avec l'enfant et ses parents, idéalement séparément. L'entretien séparé permet de réduire l'influence et la pression qu'un adulte, potentiellement auteur de la maltraitance, pourrait exercer sur l'enfant (39). Cela favorise un dialogue plus libre et authentique, augmentant ainsi les chances que l'enfant exprime ses ressentis, ses difficultés ou d'éventuels abus sans crainte de représailles. En parallèle, interroger les parents à part permet d'observer d'éventuelles contradictions ou incohérences dans leurs propos, ce qui peut orienter le praticien vers une meilleure compréhension de la situation (40).

Durant cet échange, la présence d'un membre de l'équipe dentaire, en tant que témoin, est recommandée. Le praticien doit également tenir compte du stade de développement de l'enfant afin d'adapter sa communication à son niveau de compréhension et de langage (41). Des phrases courtes, simples et des questions ouvertes facilitent un échange plus libre et clair (42).

Le chirurgien-dentiste doit éviter toute attitude accusatrice ou tout jugement à l'encontre des parents. Il est essentiel qu'il reste objectif et professionnel, l'intérêt premier étant de rassembler des éléments permettant de confirmer ou d'infirmer une éventuelle situation de maltraitance (43). Les déclarations de l'enfant, de ses parents, de son entourage ou même du personnel doivent être rapportées avec exactitude dans le dossier médical (44).

3.1.2 Aspect général de l'enfant

Si l'entretien peut constituer la source d'information principale pour identifier une maltraitance infantile, le chirurgien-dentiste peut aussi noter les signes physiques généraux visibles qui peuvent correspondre à de la maltraitance ou à de la négligence envers un enfant (45). Par exemple, un retard staturo-pondéral peut révéler une carence nutritionnelle. Des lésions extra-orales à divers stades de cicatrisation peuvent suggérer la répétition de traumatismes. De même, la présence d'ecchymoses ou d'hématomes dont la forme rappelle l'objet utilisé (ceinture, sangle, main) doit susciter une attention particulière, tout comme des brûlures de cigarette ou de friction. Les morsures, griffures, plaques d'alopécie et autres lésions localisées sur les extrémités du corps, le visage, le contour de la bouche, les oreilles ou les yeux méritent également d'être prises au sérieux. La découverte de fractures multiples peut indiquer des violences répétées.

L'accès à l'intégralité du dossier médical, et non uniquement au dossier bucco-dentaire, constitue un élément clé de la prise en charge. Par exemple, aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS), l'outil DXCare permet de consulter les antécédents médico-chirurgicaux relevés lors des visites précédentes indépendamment du service concerné. Une attention particulière est portée aux consultations en urgence, notamment pour des traumatismes ou des fractures à répétition, ce qui peut constituer un signal d'alerte. Enfin, une faim permanente, de la fatigue ou de l'apathie, l'absence de suivi médical, une hygiène insuffisante et des vêtements inadaptés sont autant des signes qui peuvent témoigner d'une forme de négligence générale (46).

Le professionnel de santé doit être attentif à l'éventuelle présence de lésions multiples et variées, à des stades de guérison différents, tout particulièrement lorsque certaines localisations sont fortement évocatrices. En tant que chirurgien-dentiste, l'examen clinique se limite aux structures en lien avec la prise en charge bucco-dentaire et aux parties du corps visibles. Si une évaluation plus globale est nécessaire, notamment un examen corporel complet, le patient peut être adressé à un médecin (Figure 1). Cependant, le praticien doit se rappeler qu'il peut exister d'autres causes que la maltraitance pour expliquer ces blessures (47).

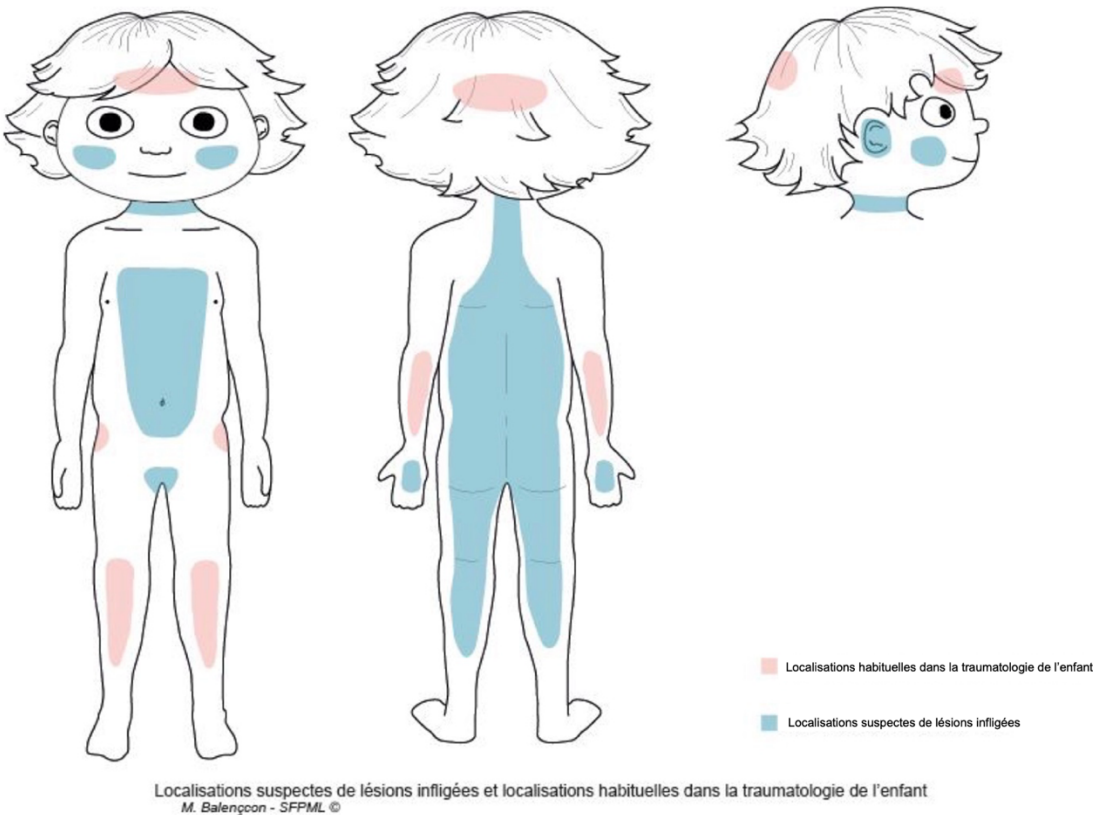


Figure 1 : Localisations suspectes de lésions infligées et localisations habituelles dans la traumatologie de l'enfant.

La négligence dentaire est définie par *The American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD)* comme « *le fait, pour un parent ou un tuteur, de ne pas rechercher et de ne pas suivre les soins nécessaires pour maintenir un niveau de santé bucco-dentaire permettant un fonctionnement adéquat et garantissant l'absence de douleur et d'infection* » (48).

La négligence dentaire se manifeste souvent par une multitude de signes cliniques et comportementaux observables lors de la consultation. Sur le plan bucco-dentaire,

l'enfant peut présenter une hygiène orale déplorable, des caries non traitées à un stade avancé, ou encore des infections et des douleurs récurrentes laissées sans soin. Le non-suivi ou la non-complétion des traitements préconisés par le praticien, parfois associé à des rendez-vous manqués de manière répétée, l'absence d'un adulte responsable lors des consultations, ou le fait de ne consulter qu'en urgence constituent également des indicateurs de négligence dentaire (49).

3.1.3 Indicateurs comportementaux et émotionnels chez l'enfant maltraité

Il arrive que l'enfant manifeste des comportements inhabituels pouvant laisser supposer une situation de maltraitance. Le chirurgien-dentiste peut alors être confronté à des attitudes d'évitement, un regard fuyant et une crainte marquée du contact physique (50). Dans certains cas, l'enfant peut paraître très anxieux ou, au contraire, complètement renfermé, évitant toute forme de dialogue. Il est important de noter que les soins dentaires peuvent être une source d'anxiété pour de nombreux enfants, en particulier les plus jeunes, ce qui peut compliquer la détection de comportements inhabituels liés à la maltraitance (51).

La « vigilance gelée » est un comportement fréquemment observé chez les enfants victimes de maltraitance ou exposés à un environnement violent (52). Elle se caractérise par une posture figée et silencieuse, accompagnée d'une hypervigilance constante : l'enfant reste en retrait, craignant de nouvelles agressions et préférant observer plutôt que d'interagir normalement. On remarque alors une expression faciale figée, un regard fixe ou fuyant, et une réticence à communiquer. Cette attitude provient d'un vécu traumatique répété, qui pousse l'enfant à se mettre à distance pour anticiper ou éviter toute forme de violence (15). Ces signes peuvent être plus difficiles à observer au fauteuil, où l'anxiété liée aux soins peut les masquer. Ils sont parfois plus évidents en salle d'attente, d'où l'importance de sensibiliser et de former toute l'équipe, y compris les secrétaires et les assistantes, qui peuvent percevoir des éléments que le praticien ne voit pas toujours pendant l'acte de soin (51).

À l'opposé du comportement décrit comme « vigilance gelée », certains enfants peuvent manifester une apparente indifférence, marquée par une froideur

émotionnelle et un détachement vis-à-vis de leur environnement (53). D'autres enfants, au contraire, adoptent un comportement d'excitation permanente, exprimée par des cris, des rires incontrôlables ou une agitation incessante (53). Cette hyperactivité peut relever d'un état de stress ou d'anxiété qu'ils ne parviennent pas à canaliser autrement, ou encore d'un besoin de capter l'attention de l'entourage pour exister et obtenir une forme de reconnaissance.

3.1.4 Comportement des parents

Bien qu'aucune attitude ne soit déterminante à elle seule, la façon dont les parents interagissent avec l'enfant et avec l'équipe soignante peut parfois éveiller des soupçons et amener le chirurgien-dentiste à explorer la situation plus en profondeur (54).

Le refus de laisser l'enfant répondre aux questions lors de l'anamnèse, qui se manifeste par des interruptions constantes ou des réponses systématiques à sa place, peut indiquer une volonté de dissimuler quelque chose. La minimisation des problèmes, lorsqu'un parent nie ou banalise la gravité des lésions ou de symptômes cliniques, doit également être prise en compte. L'agressivité verbale ou une attitude défensive envers l'enfant ou l'équipe médicale, de même qu'un refus catégorique d'aborder certains sujets, peuvent traduire un environnement familial tendu ou potentiellement maltraitant. Par ailleurs, le manque d'empathie ou de réaction face à la douleur ou à la peur de l'enfant suggère une absence de soutien affectif (55). Le fait de s'opposer fermement à ce que le praticien voit l'enfant en privé, sans justification, peut aussi laisser supposer la crainte que l'enfant ne révèle une situation de violence ou de négligence. Enfin, des justifications incohérentes ou contradictoires concernant l'origine de blessures ou l'historique de l'enfant constituent un autre indice (5,56).

Il arrive que des actes de violence surviennent directement au cabinet dentaire, que ce soit envers un enfant ou entre adultes. Certains parents, sous l'effet du stress ou de l'agacement, peuvent donner une claque à leur enfant après une séance difficile. Ces comportements doivent alerter. De même, des violences conjugales peuvent se manifester dans cet environnement. Ces situations rappellent l'importance pour l'équipe soignante de rester vigilante et d'intervenir de manière appropriée si nécessaire (51).

3.2 Manifestations bucco-dentaires de la maltraitance physique

Les manifestations bucco-dentaires ne sont pas spécifiques mais doivent alerter le chirurgien-dentiste si celles-ci sont multiples, répétées, localisées à des endroits inhabituels ou sont incompatibles avec l'histoire racontée par l'enfant ou l'accompagnateur.

3.2.1 Lésions faciales

Les lésions faciales liées à la maltraitance physique apparaissent le plus souvent sous forme de contusions, ecchymoses et hématomes, de plaies, de brûlures, de fractures ou encore de morsures. Il s'agit de blessures courantes qui ne doivent pas être minimisées ni ignorées, surtout lorsqu'elles s'associent à des fractures osseuses (57). Selon le *National Institute for Health and Care Excellence (NICE),* une lésions nette et symétrique est généralement le signe d'une blessure intentionnelle, alors qu'une lésion de forme aléatoire est le plus souvent accidentelle (56).

3.2.2 Lésions endo-buccales

Les lésions endo-buccales liées à la maltraitance infantile prennent souvent des formes variées et peuvent se révéler lors d'un examen attentif par le chirurgien-dentiste. Parmi les plus fréquentes, on retrouve des ecchymoses ou des hématomes sur le palais ou l'intérieur des joues, des plaies ou des lacérations sur la langue et la muqueuse buccale, ainsi que des déchirures du frein labial ou lingual, pouvant être causées par des chocs directs ou des actes de violence tel que l'alimentation forcée (58). Dans certains cas, les fractures des dents antérieures, particulièrement les incisives, sont souvent le résultat de coups directs (59). Les fractures non accidentelles peuvent se présenter sous forme de dents cassées ou luxées, avec des histoires peu cohérentes de la part de l'enfant ou du tuteur. Les traumatismes répétés peuvent également aboutir à une nécrose pulpaire et à des complications infectieuses.

Les signes d'abus sexuels peuvent se traduire par des lésions oropharyngées, comme des contusions, des lacérations ou des infections à l'intérieur de la bouche. L'enfant peut notamment présenter des blessures au niveau du palais, de l'uvule ou des amygdales. La présence d'infections buccales, telles que l'herpès ou d'autres maladies sexuellement transmissibles, constitue également un indice possible d'abus sexuel (40,60,61).

3.3 Aspects juridiques et éthiques

La prise en charge de la maltraitance infantile implique des considérations à la fois légales et éthiques, essentielles pour assurer la protection des enfants tout en respectant les droits et obligations des professionnels de santé.

3.3.1 Obligation de signalement

En France, l'article 434-3 du Code pénal impose à toute personne l'obligation de signaler aux autorités compétentes, comme le procureur de la République ou les services de protection de l'enfant, les cas de maltraitance infantile dont ils ont connaissance ou qu'ils soupçonnent fortement. Le non-respect de cette obligation peut entraîner des sanctions pénales.

Article 434-3 du Code pénal : Le fait, pour quiconque ayant connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives ou de continuer à ne pas informer ces autorités tant que ces infractions n'ont pas cessé est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Le chirurgien-dentiste a une obligation déontologique de signaler toute suspicion de maltraitance infantile régie par le code de déontologie des chirurgiens-dentistes.
L'article R. 4127-235 du Code de la santé publique impose au praticien de protéger les mineurs.

> Article R. 4127-235 du Code de la santé publique *Lorsqu'un chirurgien-dentiste discerne, dans le cadre de son exercice, qu'un mineur paraît 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*.

Le chirurgien-dentiste en tant que professionnel de santé, a une responsabilité légale de signaler les situations de maltraitance, conformément aux dispositions du Code pénal. Ce dernier précise les conditions dans lesquelles le secret professionnel peut être levé. Le signalement doit être fait en bonne et due forme, en incluant toutes les informations nécessaires pour permettre aux autorités d'agir efficacement. Bien que le rôle du chirurgien-dentiste ne soit pas de traiter directement la maltraitance infantile, il est de son devoir d'être à même de la détecter de de la signaler aux autorités compétentes.

3.3.2 Protection des professionnels de santé

En France, les professionnels de santé bénéficient d'un cadre juridique spécifique qui les protège lorsqu'ils signalent de bonne foi une situation de maltraitance. En principe, le secret professionnel, qui consiste à ne pas divulguer les informations confidentielles qui leur sont confiées ou qu'ils découvrent dans le cadre de leur activité professionnel, interdit de révéler ces informations. Toutefois, l'article 226-14 du Code pénal crée une exception : il autorise et protège le professionnel de santé qui, face à une suspicion de sévices sur un mineur (ou sur une personne qui n'est pas en mesure de se protéger), décide de signaler les faits aux autorités compétentes.

De plus, l'article 44 du code de déontologie médicale (repris dans le Code de la Santé Publique sous la référence R.4127-44) précise que le médecin (et, par extension, tout professionnel de santé soumis au secret médical) doit alerter les autorités en cas de violences constatées sur un mineur ou une personne vulnérable, même sans l'accord de l'intéressé, dès lors que ce dernier n'est pas en mesure de se protéger. Enfin, s'ils sont effectués dans le respect de la loi et de la déontologie, ces signalements ne peuvent donner lieu à des poursuites pour violation du secret professionnel ou pour diffamation. La loi protège le professionnel de santé qui agit de bonne foi dans l'intérêt de l'enfant et pour prévenir d'un danger grave.

Enfin, dans le cadre de la protection de l'enfance, le partage d'informations à caractère secret est autorisé entre les professionnels de santé sous certaines conditions énoncées dans l'article L. 226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles.

L'article L. 226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles dispose ainsi que « *par exception à l'article 226-13 du Code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 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* ».

3.3.3 La conduite à adopter par le chirurgien-dentiste

Comme vu précédemment, en France, lorsqu'un chirurgien-dentiste suspecte un cas de maltraitance, il a l'obligation d'agir, conformément à la loi. La première étape consiste à observer et documenter les informations recueillies et les signes évocateurs : noter précisément les lésions physiques, leur localisation, leur âge

apparent et toute incohérence dans les explications fournies par l'enfant ou son entourage. Ces observations doivent être consignées objectivement dans le dossier médical. Le praticien peut interroger l'enfant avec prudence, dans un cadre rassurant et en adaptant son langage à l'âge de ce dernier, tout en restant neutre et bienveillant pour ne pas influencer ses réponses.

En cas de suspicion fondée, le secret médical peut donc être levé, conformément à l'article 226-14 du Code pénal. Le signalement doit être adressé aux autorités compétentes : la CRIP (Cellule Départementale de Recueil, de Traitement et d'Évaluation des Informations Préoccupantes), le Procureur de la République, ou encore les forces de l'ordre en cas de danger imminent pour l'enfant (Figure 2). Ce signalement doit être clair, précis et factuel, incluant l'identité de l'enfant, les faits observés et les propos recueillis, idéalement transmis par courrier recommandé avec accusé de réception. Un guide de la CRIP, détaillant les procédures et les bonnes pratiques en matière de signalement, est disponible et consultable sur le site du ministère de la Santé (sante.gouv.fr). En signalant, le chirurgien-dentiste est juridiquement protégé contre toute accusation de violation du secret médical. Dans certains cas, un signalement anonyme peut être envisagé, mais il est préférable de s'identifier pour renforcer la crédibilité de la démarche. Agir avec méthode et dans le respect des procédures garantit une meilleure prise en charge de l'enfant tout en protégeant le professionnel.

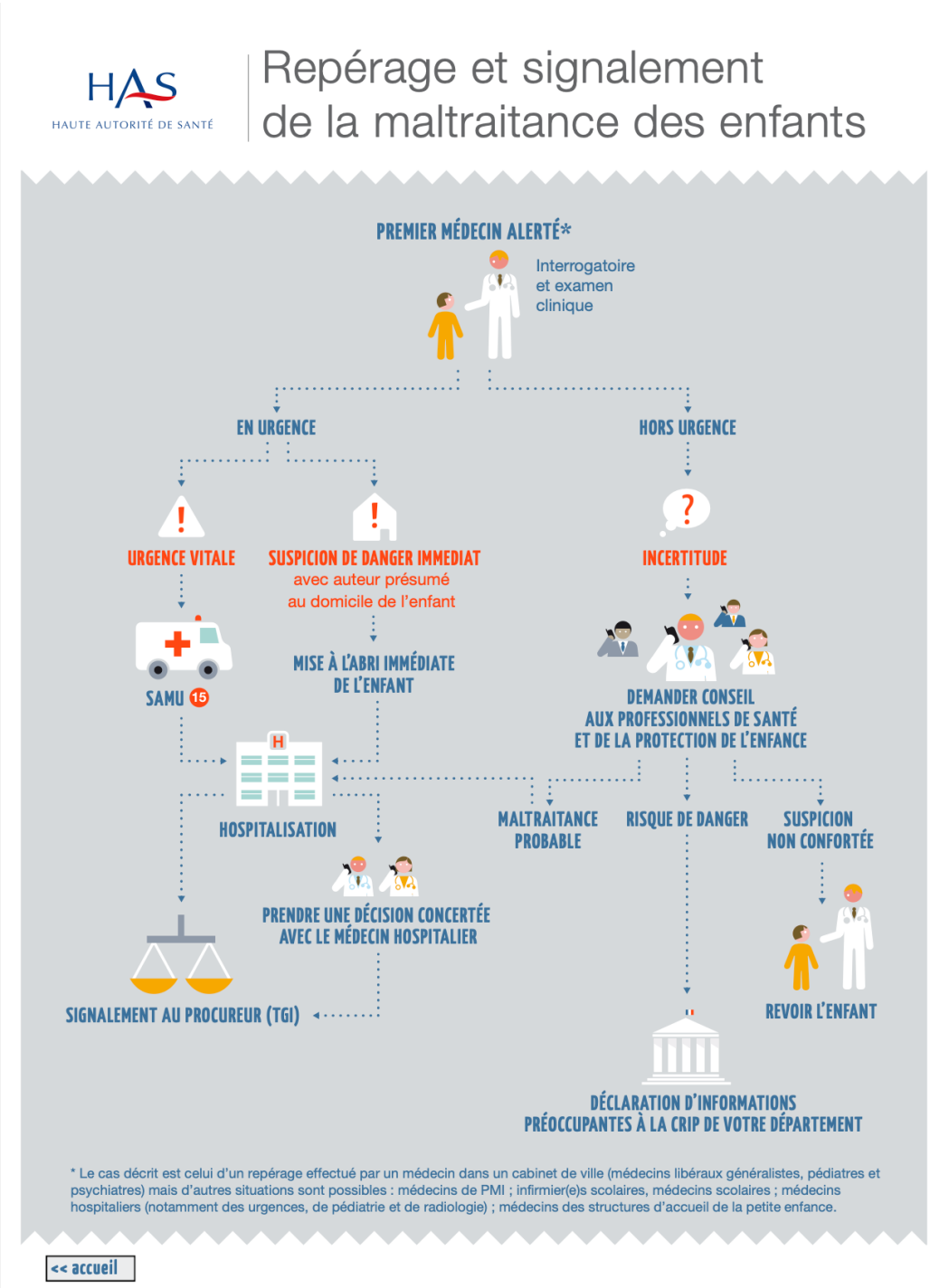


Figure 2 : Repérage et signalement de la maltraitance des enfants

3.3.4 Le signalement

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a transformé les procédures de signalement en cas de maltraitance infantile. Cette réforme a renforcé la coordination entre les interventions administratives et judiciaires en déployant la

Cellule Départementale de Recueil, de Traitement et d'Évaluation des Informations Préoccupantes (CRIP). La CRIP est un dispositif départemental chargé de centraliser, analyser et évaluer les signalements afin d'orienter les situations préoccupantes vers les services compétents.

3.3.4.1 La voie administrative

Lorsque le chirurgien-dentiste considère que l'enfant est en situation de danger ou en risque de danger, mais que ce danger n'est ni grave ni imminent, il peut transmettre une information préoccupante à la CRIP. Cette démarche vise à informer le président du Conseil départemental sur une situation pouvant indiquer que la santé, la sécurité ou les conditions d'éducation de l'enfant sont compromises ou menacées. La transmission de cette information permet d'évaluer la situation de l'enfant afin de définir les mesures de protection et d'accompagnement nécessaires pour le mineur et sa famille (62). Dans ce cas, la CRIP mobilise une équipe pluridisciplinaire composée de professionnels afin d'évaluer la situation de l'enfant après avoir confirmé la nature de l'information préoccupante ainsi que son niveau d'urgence mais également déterminer si l'information doit être transmise au parquet sous forme de signalement en vue d'une enquête pénale ou mettre en place une mesure de protection immédiate. Cela s'applique particulièrement dans les cas où les violences physiques ou sexuelles commises par un parent sont avérées, ou si un défaut de collaboration des parents rend l'évaluation de la situation impossible (63).
Si le danger n'est pas avéré, l'affaire peut être classée sans suite. En revanche, si une situation de risque pour l'enfant est identifiée sans nécessiter d'intervention judicaire immédiate, une protection administrative peut être mise en œuvre par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), notamment par le biais d'un accompagnement ou d'une aide éducative à domicile. Enfin, si les mesures administratives s'avèrent inefficaces ou si la famille refuse toute intervention, un signalement judicaire peut être adressé au procureur de la République (62).

3.3.4.2 La voie judiciaire

En cas d'urgence ou lorsque l'enfant est exposé à un danger grave, tel que des mauvais traitements avérés, des abus sexuels ou une négligence mettant l'enfant en danger immédiat, le professionnel de santé doit informer directement le Procureur de la République en rédigeant un signalement. Une copie de ce signalement doit également être transmise à la CRIP. Selon l'urgence ou la gravité de la situation, le signalement peut être effectué par courrier ou fax. Par ailleurs, le Président du Conseil Départemental a également la possibilité de transmettre un signalement au parquet du Tribunal de Grande Instance. Une telle transmission peut conduire à des mesures immédiates, telles que le placement provisoire de l'enfant, son hospitalisation ou la saisie du juge des enfants (64,65).
En cas de doutes, d'incertitudes, de questionnements sur la procédure à suivre ou sur la rédaction d'une information préoccupante ou d'un signalement, le chirurgien-dentiste ne doit pas hésiter à appeler le « 119 – Allô Enfance en Danger » qui est le numéro gratuit national d'urgence en France dédié à la protection des enfants en danger ou en risque de l'être. Il permet de signaler des situations de maltraitance, de négligence ou de mise en danger et de bénéficier d'une écoute et d'une orientation vers les services compétents. Les écoutants sont des professionnels de la protection de l'enfance, formés pour écouter, accompagner et agir 24h/24h et 7j/7 (65).

3.3.5 Rédaction d'une information préoccupante ou d'un signalement

Plusieurs éléments essentiels doivent être mentionnés dans un document visant à transmettre une information préoccupante ou un signalement (66) :

- l'dentification de l'enfant concerné en mentionnant son nom, prénom, âge, date et lieu de naissance ainsi que son adresse de résidence et, si possible, les coordonnées des parents ou responsables légaux ;
- la description des faits observés de manière détaillée, avec des dates précises si elles sont connues ainsi que les signes ou éléments concrets constatés, comme des lésions physiques, des comportements inhabituels ou des propos inquiétants ;
- le contexte dans lequel les faits ont été constatés et la mention de l'identité des personnes présentes au moment des observations ;

- l’évaluation du degré de gravité ou d’urgence ainsi que l’impact potentiel sur la santé, la sécurité ou le développement de l’enfant ;
- les démarches ou interventions réalisées en amont, comme un échange avec les parents ou un signalement à une autre instance ;
- l’identification du rédacteur en mentionnant son nom, prénom, profession et ses coordonnées professionnelles ;
- la signature du professionnel rédacteur et la date de rédaction.

Ces éléments visent à garantir une transmission claire, objective et complète de l’information préoccupante ou du signalement aux autorités compétentes.

4. Création d'un module de formation et de sensibilisation à la maltraitance infantile disponible en ligne

Selon le Comité de liaison interordre en formation à distance (CLIFAD), « *la formation à distance est un dispositif de formation comportant un ensemble de moyens organisés pour atteindre les objectifs d'un cours ou d'un programme. Ce dispositif permet à une personne d'apprendre de façon relativement autonome, avec des contraintes minimales d'horaire et de déplacement, et avec le soutien à distance de personnes ressources* » (67).

L'élaboration d'un cahier des charges permet d'assurer la cohérence et la qualité de la formation en définissant précisément les objectifs pédagogiques, les contenus, les modalités d'apprentissage, ainsi que les critères d'évaluation des acquis.
Cette formation vise à sensibiliser les étudiants en chirurgie dentaire et les chirurgiens-dentistes à la problématique de la maltraitance infantile et à améliorer la prise en charge des enfants victimes. Cette formation a été conçue pour être accessible, pédagogique et directement applicable à la pratique clinique.

4.1 Cahier des charges de la formation en ligne

4.1.1 Objectifs généraux de la formation

La formation vise à former les professionnels de santé à la détection des signes cliniques et comportementaux de la maltraitance des enfants. Elle offre des outils pratiques pour intervenir et signaler les cas de maltraitance dans un cadre légal et éthique et encourage la collaboration interdisciplinaire avec les professionnels de santé, les services sociaux et les autorités compétentes.

4.1.2 Public cible

La formation ciblera, dans un premier temps, les étudiants en chirurgie dentaire avant d'être déployée auprès des chirurgiens-dentistes. Rappelons que tous les chirurgiens-

dentistes sont formés aux soins pédiatriques et que tous sont susceptibles d'accueillir des enfants au cabinet.
Une formation continue qui répond aux critères définis par l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC) peut obtenir son accréditation. Cette reconnaissance permet notamment aux chirurgiens-dentistes de suivre la formation dans le cadre de leur obligation de formation continue et de bénéficier d'une prise en charge financière. Toutefois, dans le cadre d'un travail de thèse, l'obtention de cette accréditation représenterait une démarche complexe, impliquant la création ou l'affiliation à un organisme de formation agréé et la soumission d'un dossier conforme aux exigences de l'ANDPC, ce qui n'est pas prévu à court terme.

Le module de formation pourrait cependant être utilisé dans le cadre de formations continues qui existent déjà et dont le public cible est le même, par exemple le Certificat d'Études Supérieures en odontologie pédiatrique dispensé à la faculté de chirurgie dentaire de Strasbourg. Les praticiens inscrits à ces diplômes sont majoritairement des praticiens avec une pratique orientée vers la prise en charge des enfants, voire une pratique exclusive de l'odontologie pédiatrique.

4.1.3 Format de la formation

Le format vidéo est particulièrement adapté à la formation continue en ligne, notamment en raison de son efficacité pédagogique, de son accessibilité et de son impact sur la mémorisation. Le format vidéo combine des éléments visuels et auditifs, ce qui permet de capter et de maintenir l'attention des apprenants plus efficacement que les supports textuels (68). Selon Mayer, l'association du visuel et de l'auditif optimise la compréhension et la rétention d'informations (69) . De plus, les formations vidéo sont généralement accessibles sur divers appareils comme les ordinateurs, tablettes et smartphones, offrant une flexibilité géographique et temporelle.

4.1.4 Caractéristiques des modules

La théorie cognitive de l'apprentissage multimédia de Richard E. Mayer en 2009 met en évidence plusieurs principes essentiels pour optimiser l'efficacité des supports pédagogiques multimédias (70). Parmi ces principes, figurent notamment le principe de cohérence qui recommande d'éliminer les éléments visuels, sonores ou textuels non pertinents afin de réduire la charge cognitive extrinsèque et minimiser les distractions potentielles. Le principe de redondance souligne qu'il est préférable de ne pas présenter simultanément le même contenu sous forme de texte écrit et de narration orale, afin d'éviter une surcharge cognitive inutile. Pour optimiser la compréhension, le principe de segmentation préconise de diviser l'information en segments plus petits tout en permettant à l'apprenant de contrôler le rythme de l'apprentissage, ce qui réduit le risque de surcharge cognitive. Le principe de personnalisation, quant à lui, suggère d'adopter un langage conversationnel et un ton amical pour rendre l'apprentissage plus engageant et accessible. Ces principes, ainsi que de nombreux autres, sont présentés en détail dans l'ouvrage de Richard E. Mayer.

Dans le cadre de l'élaboration de cette formation, nous avons veillé, dans la mesure des ressources disponibles, à respecter ces critères afin d'optimiser les conditions d'apprentissage.

Dans notre proposition, le décor et l'arrière-plan varient en fonction des intervenants, car nous avons dû nous adapter à des contraintes de lieux notamment quand il a fallu se déplacer pour les rencontrer. Ainsi, nous avons privilégié des tournages sur leur lieu de travail ou dans un espace qu'ils jugeaient le plus approprié, afin de limiter les perturbations de leur emploi du temps et de leurs obligations professionnelles. Dans chaque environnement sélectionné, nous avons opté pour un décor épuré, favorisant une présentation claire et centrée sur le contenu de l'intervention car un arrière-plan inapproprié ou trop chargé peut distraire et détourner l'attention du message principal. À l'inverse, un fond sobre et bien choisi favorise une meilleure réception du contenu (71).

Les animations et infographies utilisées dans la vidéo sont claires et modérées pour éviter une surcharge cognitive. Seules les questions et l'identité des intervenants y sont mentionnés (71). Nous avons fait le choix de ne pas inclure de musique de fond, de bruitages ou d'effets sonores, afin d'éviter toute source de distraction supplémentaire (71). La structuration du contenu en plusieurs séquences vidéo favorise une meilleure assimilation des thématiques abordées.
Le rythme de la vidéo constitue également un facteur influençant la capacité de concentration des spectateurs. Toutefois, nous avons fait le choix de ne pas intervenir sur ce paramètre, laissant aux intervenants la liberté de s'exprimer naturellement, selon leur mode habituel de communication. Cette approche visait à préserver l'authenticité de leurs propos et à limiter toute gêne liée au fait d'être filmés, étant donné qu'il s'agissait de personnes peu habituées à parler face à une caméra mais habitués à s'exprimer en public.

Enfin, la durée des vidéos joue un rôle déterminant dans le maintien de l'attention. Il est généralement admis que des vidéos courtes et dynamiques sont plus efficaces qu'un long monologue (71). Dans cette perspective, un travail spécifique a été réalisé au montage afin de préserver la fluidité du discours des intervenants, tout en évitant des coupures excessives qui auraient pu altérer la cohérence de leurs propos ou nuire à la richesse des anecdotes partagées.

La formation que nous proposons comprend plusieurs vidéos courtes de 5 à 20 minutes qui incluent des interviews d'experts du domaine. Elle est constituée de séquence vidéo organisées par thème. La première séquence vidéo traite du rôle du chirurgien-dentiste dans l'identification des signes bucco-dentaires de la maltraitance. La deuxième explore l'impact psychologique de la maltraitance infantile. La troisième aborde les signes cliniques ainsi que les modalités de signalement aux autorités compétentes. Enfin, la quatrième séquence s'intéresse au rôle des institutions et des politiques publiques. Ces quatre séquences peuvent être consultées indépendamment l'une de l'autre, sans chronologie particulière, ce qui permet aux apprenants de sélectionner eux-mêmes la séquence dans laquelle ils sont susceptibles de trouver l'information qu'ils recherchent ou la thématique dont ils estiment avoir un besoin de formation. La durée totale de la formation est estimée à 1 heure.

4.1.5 Moyens techniques

Les vidéos sont de haute qualité, avec une résolution Full HD de 1920 x 1080 pixels, ce qui améliore la lisibilité et le confort visuel (71), et sont accompagnées de sous-titres. Elles sont accessibles depuis un ordinateur, une tablette ou un smartphone.
Les interviews ont été réalisées à l'aide d'une caméra professionnelle, la Canon 5D Mark IV.

La qualité du son étant un élément essentiel pour maintenir l'attention et assurer une compréhension optimale du contenu, nous avions initialement prévu d'utiliser un microphone disponible à la Faculté de Chirurgie Dentaire. Cependant, cette ressource s'est avérée indisponible, ce qui nous a contraintes à réaliser les interviews des 6 et 7 février 2025 avec uniquement le microphone intégré à la caméra.

Face à cette contrainte, nous avons tenté d'enregistrer simultanément les interventions à l'aide de l'application Dictaphone sur un iPhone® 14, dans l'objectif de superposer ultérieurement cet enregistrement audio à la captation vidéo. Toutefois, ne disposant pas d'une expertise avancée en montage audiovisuel, nous n'avons pas pu synchroniser les deux pistes de manière satisfaisante. En conséquence, nous avons pris la décision de conserver l'audio enregistré directement par la caméra, dont la qualité restait satisfaisante. Un travail supplémentaire a été effectué lors du montage des vidéos. L'application CapCut™ Pro, utilisée pour l'ensemble du montage, intègre une intelligence artificielle permettant d'améliorer la qualité sonore. Cette technologie a permis de réduire efficacement les bruits environnants et de ne conserver que la voix des intervenants, offrant ainsi un rendu audio clair.
Afin d'améliorer la qualité sonore pour les enregistrements ultérieurs, nous avons sollicité M. Stéphane Marchand, technicien des métiers de l'image et du son et responsable du Service Logistique et Audiovisuel (SLA) de la Faculté de Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé. Grâce à son appui, un microphone nous a été prêté le 24 février 2025, nous permettant ainsi de réaliser les enregistrements des deux dernières vidéos dans des conditions optimales.

Les vidéos filmées avec la caméra ont été transférées sur un MacBook Pro® via un câble USB reliant la carte SD à l'ordinateur, afin de préserver la qualité optimale des fichiers. Elles ont ensuite été envoyées vers un iPhone® 14 grâce à la fonctionnalité AirDrop®, garantissant l'intégrité des fichiers sans aucune perte de qualité. Le montage vidéo a été réalisé à l'aide de l'application CapCut™ Pro, à la fois sur iPhone® 14 et sur Macbook Pro®, afin d'évaluer les avantages de chaque plateforme. L'utilisation de l'application sur l'iPhone offre une grande facilité de manipulation grâce à l'ergonomie tactile, permettant une navigation fluide et rapide dans les différentes fonctionnalités. En revanche, la version MacBook Pro présente l'avantage d'un écran plus large, idéal pour des découpages précis des vidéos. Cette démarche comparative entre les deux supports a permis de combiner la maniabilité du mobile avec la précision et le confort visuel de l'ordinateur, assurant ainsi une qualité optimale du rendu final.
Les sous-titres ont également été intégrés directement lors du montage, toujours via CapCut™ Pro.

Lors de ces entretiens, j'étais accompagnée de Soya Mikoyan, étudiante en cinquième année de chirurgie-dentaire à la Faculté de Strasbourg, passionnée par la filmographie et la photographie et animée par une curiosité constante pour l'exploration de nouveaux domaines et projets. Son expertise technique et son sens artistique ont été déterminants pour la captation des vidéos, assurant une qualité visuelle optimale. Elle a pris en charge le tournage à l'aide de sa caméra professionnelle et a également sélectionné avec soin les fonds et décors, apportant ainsi une cohérence esthétique et une mise en valeur adaptée aux interventions filmées.

4.1.6 Validation et diffusion de la formation

La phase initiale consiste en une phase pilote destinée aux étudiants volontaires de faculté de chirurgie dentaire de Strasbourg. L'objectif est de faire participer 20 étudiants de 6^{e} année, soit le quart d'une promotion qui a suivi l'ensemble du programme de formation initiale. Cette phase permettra d'évaluer la qualité de la formation et sa pertinence en fin de cursus, puis de réaliser les ajustements nécessaires en fonction des retours des participants *via* un questionnaire de satisfaction anonyme. Cette évaluation de la formation par les apprenants s'inscrit

dans le cadre du modèle de Kirkpatrick, une référence en ingénierie pédagogique (72). Ce modèle comporte quatre niveaux d'évaluation : la réaction (satisfaction des participants), l'apprentissage (acquis de connaissances ou de compétences), le comportement (transfert en situation réelle), et les résultats (impact global). La phase pilote se situe au premier niveau, celui que la réaction, visant à mesurer la satisfaction et la perception de la qualité de la formation.

A terme, la formation pourra être diffusée *via* la plateforme d'apprentissage en ligne Moodle® pour l'ensemble des étudiants de la faculté de chirurgie dentaire de Strasbourg et éventuellement être partagée avec d'autres facultés françaises.

4.2 Conception et réalisation des vidéos

4.2.1 Sélection et préparation des intervenants

Concernant la sélection et la préparation des intervenants, une liste exhaustive des professionnels susceptibles d'apporter des informations pertinentes sur la prise en charge des enfants maltraités a été établie en amont. Cette liste initiale incluait des psychologues, psychiatres, chirurgiens-dentistes, policiers et gendarmes, médecins légistes, assistants sociaux, pédiatres ainsi que des responsables de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

Toutefois, afin d'optimiser la cohérence et la pertinence des témoignages recueillis, cette sélection a été affinée après l'élaboration d'une liste de questions destinées aux intervenants. Chaque question a été rigoureusement analysée et attribuée à l'expert le plus à même d'y répondre, en tenant compte de son champ de compétences et de son expérience professionnelle. Il est néanmoins essentiel de souligner que le sujet étant vaste et pluridisciplinaire, plusieurs intervenants auraient pu répondre à certaines interrogations. La sélection finale ne remet donc pas en cause la légitimité des professionnels non retenus, mais répond à un souci de structuration et d'efficacité du contenu.

Avec l'appui de ma directrice de thèse et de ses contacts professionnels, le choix s'est porté sur une psychologue, un médecin spécialisé en chirurgie pédiatrique, un élu de

la Collectivité Européenne d'Alsace, ainsi qu'un chirurgien-dentiste. Ces experts ont été sollicités par courrier électronique et par téléphone afin d'organiser des entretiens dans des conditions favorables à l'échange et à la transmission des connaissances.

Une liste de questions a été transmise en amont à chaque intervenant, quelques jours avant de les filmer, avec la possibilité pour eux de modifier, compléter ou ajouter toute information qu'ils jugeraient pertinente. Cette approche a permis d'adapter les échanges à leur domaine d'expertise et d'obtenir des réponses plus nuancées et approfondies. Par ailleurs, au cours des entretiens, les discussions se sont révélées particulièrement enrichissantes, ce qui a conduit à la formulation de questions supplémentaires en fonction des développements apportés par les intervenants, favorisant ainsi une dynamique plus interactive et naturelle dans la production des vidéos.

Claire Beaufils, psychologue et exerçant également une demi-journée par semaine au Centre de Référence des Maladies Rares Orales et Dentaires des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS), a été la première intervenante interviewée dans le cadre de cette formation, le 6 février 2025.

Elle intervient au Pôle de Médecine Bucco-Dentaire des HUS le jeudi matin, ce qui a conduit à l'organisation de l'entretien dans la salle de réunion située au premier étage de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Strasbourg.
Étant donné qu'il s'agissait du premier entretien et que ni Madame Beaufils ni moi-même n'étions habituées à ce format, l'interaction n'a pas été aussi dynamique que dans les entretiens suivants. Néanmoins, cet échange a permis de recueillir toutes les informations essentielles recherchées.

Les questions transmises à Madame Beaufils sont les suivantes :

- quels impacts psychologiques peut avoir la maltraitance sur le développement dentaire et général de l'enfant ?
- comment communiquer efficacement avec un enfant qui pourrait être victime de maltraitance ?
- quels comportements ou attitudes d'un enfant au cabinet dentaire pourraient alerter un chirurgien-dentiste ?

Docteur Alexis Walch, actuellement en poste à l'Institut de Médecine Légale de Strasbourg, exerce également en chirurgie pédiatrique, avec une spécialisation en chirurgie orthopédique pédiatrique. Au carrefour de ces deux domaines d'expertise, il assure la direction de l'Unité d'Accueil Pédiatrique « Enfant en Danger », une structure déployée aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg dont la mission est d'assurer une prise en charge globale et pluridisciplinaire des enfants victimes de violences. Cette Unité regroupe l'ensemble des professionnels impliqués dans la protection de l'enfance, qu'il s'agisse de situations de maltraitance familiale, de violences en milieu scolaire, ou d'examens médicaux requis par la justice dans divers contextes.

Docteur Walch a été le deuxième expert interrogé dans le cadre de cette formation. L'entretien s'est déroulé le vendredi 7 février 2025, au sein de l'Institut de Médecine Légale de Strasbourg, dans la salle de réunion située au premier étage. Cet échange a permis d'explorer en profondeur les enjeux médico-légaux et les protocoles de prise en charge des enfants en danger. Lors de cet entretien, l'échange s'est révélé très fluide, favorisant une interaction dynamique. Les anecdotes partagées par le Docteur Walch ont suscitées de nouvelles réflexions, me conduisant à formuler des questions supplémentaires afin d'approfondir certains aspects de la discussion.

Les questions transmises au Docteur Walch sont les suivantes :

- quels sont les signes physiques les plus fréquemment associés à la maltraitance ?
- en dehors des blessures physiques, quels autres signes vous alertent sur une possible maltraitance ?
- comment différencier une blessure accidentelle d'une blessure suspecte ?
- comment documentez-vous médicament les cas de maltraitance afin qu'ils soient utilisables juridiquement ?

Nicolas Matt est élu de la Collectivité européenne d'Alsace depuis 2010 et Professeur des Universités à Strasbourg. Cette collectivité, issue de la fusion des départements du Haut Rhin et du Bas Rhin, œuvre principalement au déploiement de politiques publiques axées sur les enjeux sociaux, notamment la protection de l'enfance. Monsieur Matt préside la cinquième commission, dédiée à la jeunesse, aux sports, au bilinguisme, à la vie associative, à l'éducation et à la protection de l'enfance.
Il a insisté sur l'importance de renforcer la collaboration entre les professionnels de santé et les autres acteurs impliqués dans la protection de l'enfance. Il nous a également rappelé que les collectivités territoriales jouent un rôle central dans la coordination de ces actions, en tant que lien entre les professionnels de santé et les différents intervenants œuvrant auprès des enfants.

Nous avons été chaleureusement accueillies, Sofya et moi-même, par Monsieur Matt et sa secrétaire, Madame Lefebvre, le 27 février 2025, dans l'une des nombreuses salles de réunion de la Collectivité européenne d'Alsace. Cet entretien s'est révélé particulièrement enrichissant, Monsieur Matt ayant partagé avec nous plusieurs anecdotes illustrant ses propos. Pour cette interview, j'ai choisi de m'installer à ses côtés afin d'adopter un format plus conversationnel, favorisant un échange fluide plutôt qu'un simple enchaînement de questions-réponses.

Les questions transmises à Monsieur Matt sont les suivantes :

- comment la Collectivité Européenne d'Alsace s'occupe de la protection de l'enfance ?
- quels moyens la Collectivité Européenne d'Alsace met en place pour l'Aide Sociale à l'Enfance ?
- quels obstacles rencontrez-vous dans le signalement ou le suivi des cas ?
- comment décririez-vous la collaboration entre les professionnels de santé et les autres acteurs impliqués dans la protection de l'enfance ?

Le Professeur François Clauss a clôturé cette série d'entretiens le 4 avril 2025, au sein du Pôle de Médecine et de Chirurgie Bucco-Dentaires de Strasbourg. Responsable de l'Unité Fonctionnelle d'Odontologie Pédiatrique, le Professeur Clauss a apporté un éclairage essentiel sur l'aspect clinique de la maltraitance infantile, en mettant l'accent sur les signes permettant de la détecter dans le cadre de notre pratique.

Les questions transmises au Professeur Clauss sont les suivantes :

- quelles sont les lésions endo-buccales suspectes ?
- les traumatismes dentaires répétés sont-ils un signe d'alerte ?
- peut-on considérer la négligence de certains parents d'enfants polycariés comme de la maltraitance ?

4.3 Évaluation de la formation

Dans le cadre de l'évaluation de la formation, un espace dédié a été créé sur Moodle, regroupant l'ensemble des séquences vidéo, un questionnaire de satisfaction ainsi que des documents annexes destinés aux étudiants du troisième cycle de chirurgie-dentaire (T1 et DES). Parmi ces ressources figurent notamment un modèle type de signalement ainsi qu'une fiche mémo élaborée par la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant le repérage et la conduite à tenir face à la maltraitance infantile.
La formation a été mise à disposition des étudiants à partir du 23 avril 2025. Ceux-ci disposaient d'un délai de dix jours pour visionner l'intégralité des vidéos et compléter

le questionnaire de satisfaction. Les membres du jury ainsi que les étudiants en chirurgie-dentaire sont inscrits sur le cours Moodle intitulé « *Sensibilisation à la maltraitance infantile* ».

Le questionnaire de satisfaction comprend 16 questions réparties en rubrique (figure 3). Chaque question est évaluée à l'aide d'une échelle de Likert à 6 points, allant de 0 (« pas du tout d'accord ») à 5 (« tout à fait d'accord »), avec une case supplémentaire correspondant à « sans avis ». Cette échelle permet de mesurer le degré d'accord ou de désaccord des répondants face à une affirmation.

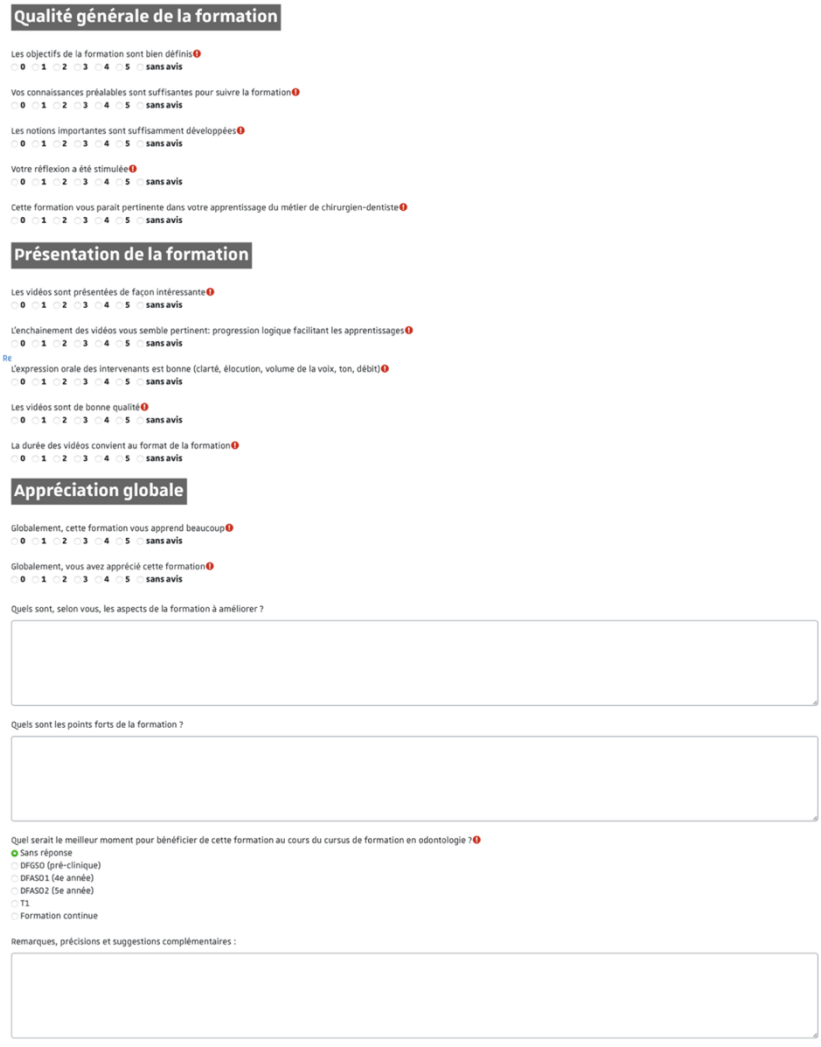
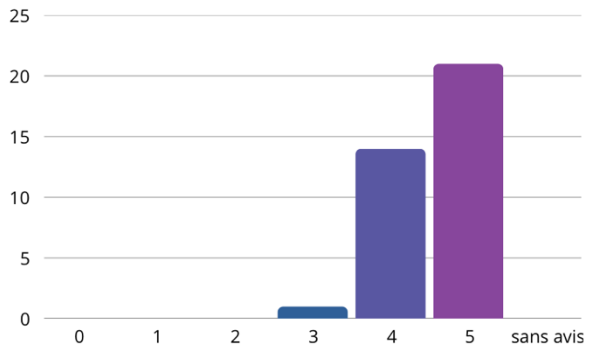
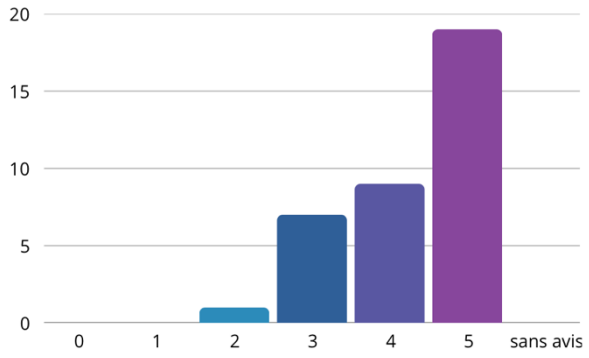
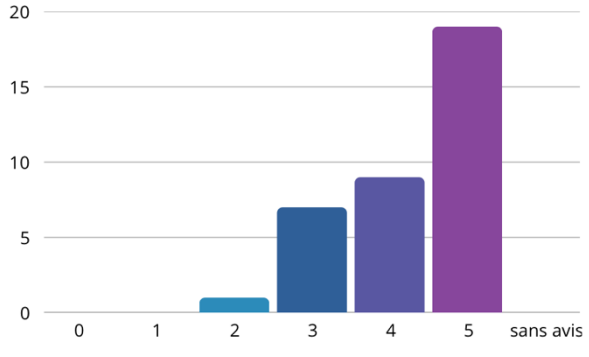


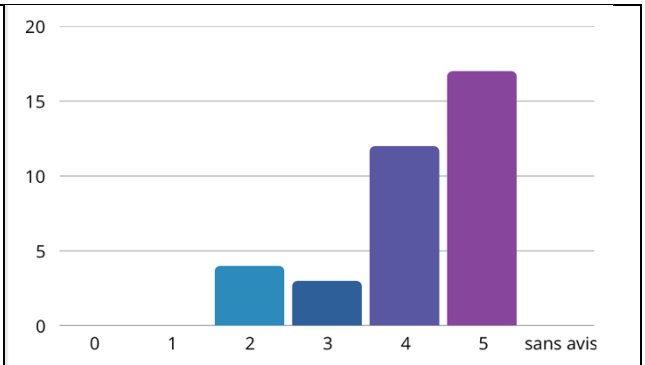
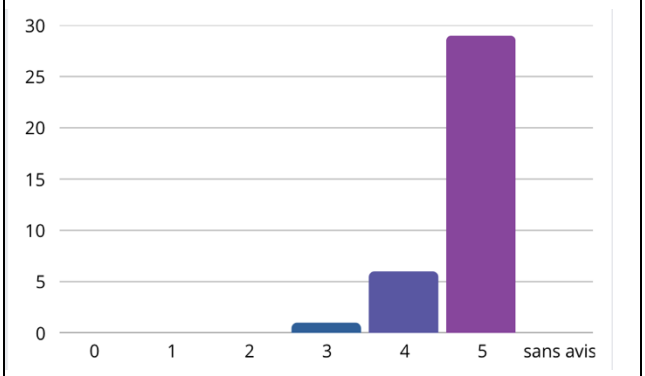
Figure 3 : Questionnaire de satisfaction

4.4 Résultats de l'étude pilote

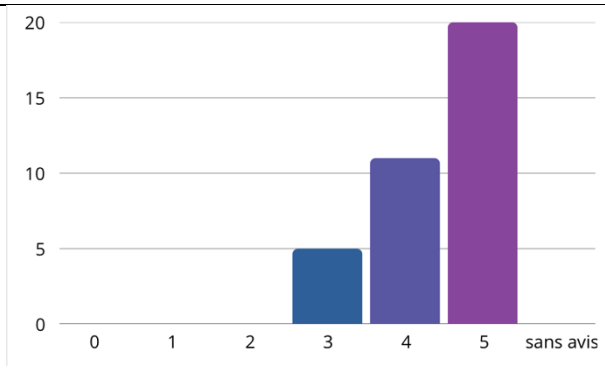
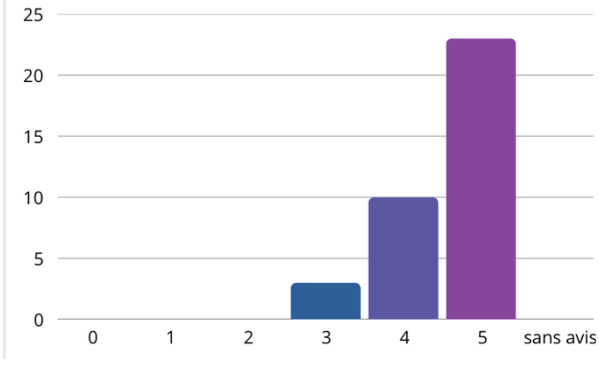
Nous avons recueilli 36 réponses au questionnaire de satisfaction parmi 100 participants. Les réponses ont été traitées rubrique par rubrique.

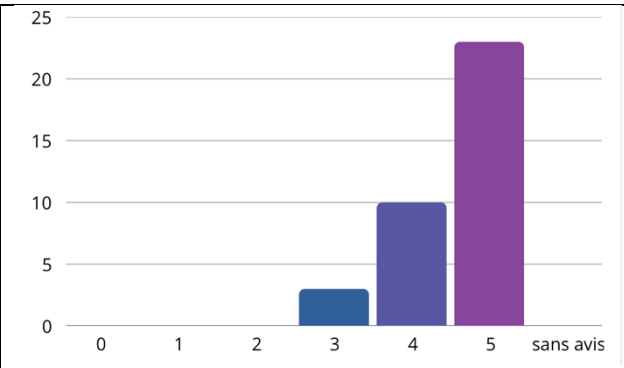
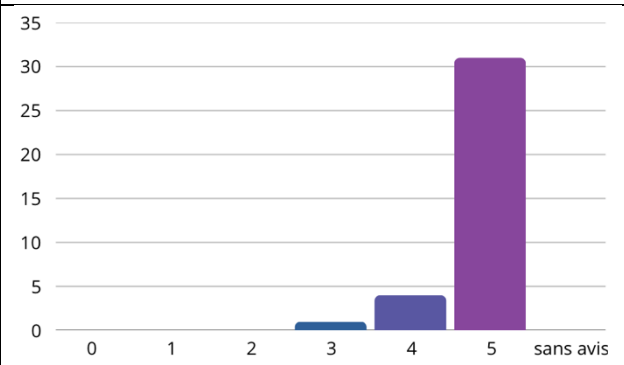
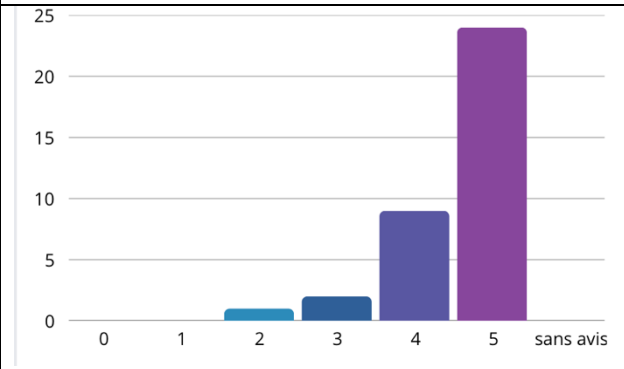
Rubrique 1 : qualité générale de la formation

Les objectifs de la formation sont bien définis	
Vos connaissances préalables sont suffisantes pour suivre la formation	
Les notions importantes sont suffisamment développées	

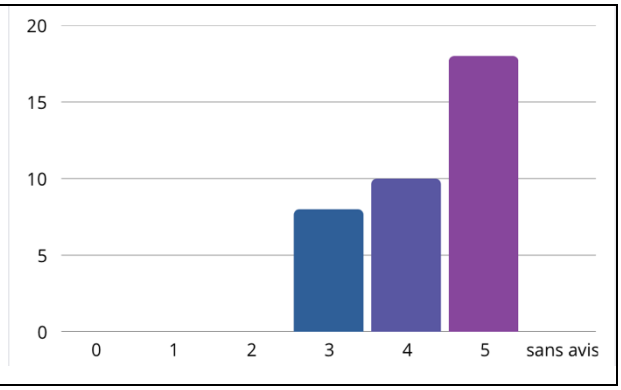
Votre réflexion a été stimulée	
Cette formation vous parait pertinente dans votre apprentissage du métier de chirurgien-dentiste	

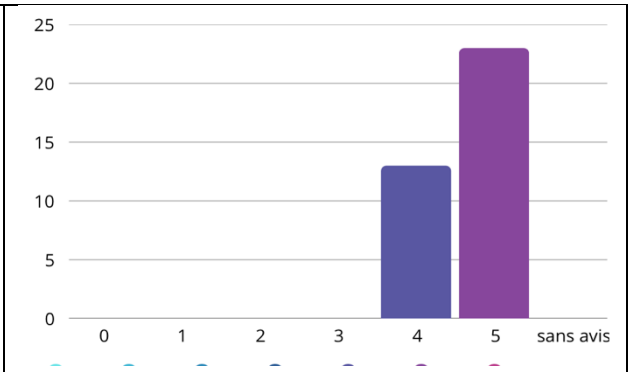
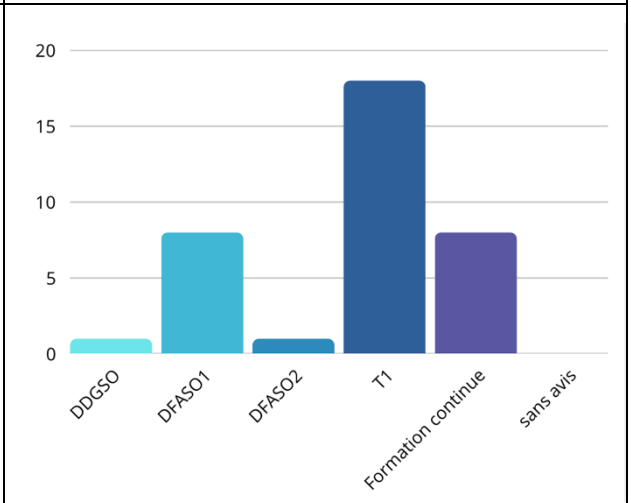
Rubrique 2 : Présentation de la formation

Les vidéos sont présentées de façon intéressante	
L'enchainement des vidéos vous semble pertinent	

L'expression orale des intervenants est bonne	
Les vidéos sont de bonne qualité	
La durée des vidéos convient au format de la formation	

Rubrique 3 : Appréciation globale

Globalement, cette formation vous apprend beaucoup	

Globalement, vous avez apprécié cette formation	
Quel serait le meilleur moment pour bénéficier de cette formation au cours du cursus de formation en odontologie ?	

À la fin du questionnaire de satisfaction, les participants pouvaient donner les points forts de la formation, les points à améliorer ainsi que quelques remarques ou suggestions complémentaires.

Les retours des participants sur la formation ont été globalement positifs. Le format vidéo a été particulièrement apprécié, tant pour sa qualité que pour la clarté et la concision des interventions. L'enchaînement logique des séquences a facilité la compréhension et le format en ligne permettait un accès libre et à la demande.

Par ailleurs, la diversité et la qualité des intervenants ont été soulignées. Les participants ont reconnu l'expertise des professionnels impliqués, la complémentarité de leurs discours et la variété des points de vue exprimés favorisant la compréhension globale de la thématique.

Concernant le contenu pédagogique, les participants ont estimé que les questions abordées étaient pertinentes et actuelles. Ils ont jugé la formation complète, avec des notions clairement expliquées, permettant une meilleure compréhension du sujet. Ce module a également été perçu comme un outil de sensibilisation essentiel à un sujet encore trop peu abordé dans le cursus de formation initiale.

Les retours des participants à la formation soulignent aussi plusieurs axes d'amélioration, tant sur le contenu que sur la forme. Sur le plan pédagogique, ils expriment le souhait d'approfondir la démarche de signalement en cabinet libéral, d'expliquer plus précisément comment communiquer avec les parents en cas de suspicion, et de mieux développer la spécificité du rôle du chirurgien-dentiste par rapport à celui du médecin ou de l'hôpital. Ils suggèrent également d'intégrer une vidéo dédiée au protocole de signalement (formulaires, envoi, gestion du dossier médical) ainsi qu'une partie sur les enfants en situation de handicap. L'enrichissement par des cas pratiques, des exemples concrets ou des mises en situation est également demandé, tout comme une réflexion plus poussée sur les difficultés à poser les mots justes. Concernant le format et la présentation, les participants proposent des vidéos plus ludiques par un ajout d'illustrations (chiffres clés, schémas, résumés) ou un quiz final pour évaluer les acquis. Enfin, pour améliorer l'accessibilité et l'interaction, il serait pertinent de rendre la formation disponible sur une autre plateforme pour un accès après les études, de créer un espace questions/réponses avec les intervenants, et de proposer cette formation plus tôt dans le cursus, dès les premiers contacts avec les enfants en DFASO1.

5. Discussion

Les réponses et suggestions formulées par les participants seront prises en compte en vue d'améliorer le contenu et la qualité de la formation. Afin de renforcer son interactivité et de stimuler la réflexion des apprenants, l'ajout d'un quiz final pourrait être envisagé. Par ailleurs, il serait pertinent de proposer cette formation sur une plateforme autre que Moodle, dans l'objectif de la rendre accessible aux chirurgiens-dentistes après leurs études, s'ils souhaitent actualiser leurs connaissances. L'intégration d'une vidéo récapitulative explicitant la conduite à tenir par un chirurgien-dentiste face à un cas suspect de maltraitance pourrait également constituer un outil pédagogique précieux.

L'analyse de l'accès à la formation via la plateforme Moodle a mis en évidence un comportement de réponse aléatoire de la part de certains participants au questionnaire de satisfaction. Ce phénomène introduit un biais de complaisance ou un biais de non-attention, compromettant la fiabilité des résultats. En effet, il a été observé que certains participants se contentaient de cliquer uniquement sur la première vidéo, sans consulter l'ensemble du contenu proposé (59 consultations par 43 utilisateurs pour la première vidéo contre 38 consultations par 31 utilisateurs pour la dernière vidéo).
Si le format en ligne présente des avantages certains en termes de flexibilité et d'accessibilité, il serait néanmoins judicieux d'intégrer cette formation dans le cadre d'un travail dirigé (TD) ou d'un cours présentiel. Cela garantirait non seulement un visionnage complet des ressources pédagogiques, mais offrirait également l'opportunité d'échanges directs avec les enseignants, favorisant ainsi une meilleure compréhension et appropriation des notions abordées.

6. Conclusion

La maltraitance infantile désigne tout acte commis par un adulte (parent, proche, éducateur, etc.) qui porte atteinte à la santé, au développement, à la dignité ou à la sécurité d'un enfant. Elle peut être intentionnelle ou résulter d'une négligence grave.

Les enfants maltraités peuvent présenter des blessures physiques, dont certaines visibles dans la cavité buccale, faisant des chirurgiens-dentistes des acteurs clés dans la détection de ces abus. Cependant, malgré leur position stratégique, de nombreux chirurgiens-dentistes manquent de formation spécifique pour identifier et gérer efficacement les cas de maltraitance infantile. En conséquence, les cas de signalement par les dentistes restent rares. Face à ce constat préoccupant, cette thèse a eu pour ambition de concevoir un outil de formation spécifique à destination des étudiants en chirurgie dentaire et des chirurgiens-dentistes, afin de renfoncer leur capacité à détecter et signaler les situations de maltraitance.

La première partie de ce manuscrit repose sur une revue générale de littérature. La maltraitance infantile a été définie dans ses multiples dimensions : violences physiques, psychologiques, sexuelles, négligences lourdes ou encore exploitation. Ces violences, qu'elles soient ponctuelles ou répétées, laissent des traces visibles ou invisibles à l'enfant, parfois irréversibles. Les conséquences de ces maltraitances sur le développement global de l'enfant, tant physiques que psychologiques, cognitives ou sociales, ont été abordées afin de mettre en lumière l'impact que peut avoir un environnement violent ou négligent. Les facteurs de risque ont également été identifiés, qu'ils soient liés à l'enfant lui-même (jeune âge, handicap, isolement), aux parents (difficultés psychologiques, précarité, antécédents de violence) ou encore au contexte social plus large.

Le rôle spécifique du chirurgien-dentiste dans la détection et la prise en charge des enfants en danger a également été abordé. Ce travail a permis de mettre en évidence plusieurs signes cliniques évocateurs tels que des lésions faciales ou intra-buccales suspectes, des incohérences dans le récit de l'enfant ou des parents ou encore une hygiène bucco-dentaire gravement négligée. À cela s'ajoutent des indicateurs

comportementaux comme l'anxiété excessive, la peur du contact, ou encore l'attitude inhabituelle des accompagnants.

L'anamnèse, l'examen clinique et l'observation de la dynamique familiale deviennent alors des moments clés dans l'identification d'un cas de maltraitance. Au-delà de ces éléments cliniques, les cadres juridiques et éthiques qui encadrent la pratique ont été abordées : l'obligation de signalement, la protection du professionnel, les voies possibles (administratives ou judiciaire), ainsi que les modalités de rédaction d'une information préoccupante ou d'un signalement. Ces éléments restent encore souvent mal maîtrisés par les praticiens, ce qui renforce la crainte d'agir et justifie d'autant plus une formation adaptée.

Enfin, la conception de la formation en ligne constitue le cœur de cette thèse. Un cahier des charges précis a été établi afin de répondre aux problématiques et besoins identifiés dans la phase de revue de la littérature. Destinée principalement aux étudiants en chirurgie-dentaire, la formation est disponible sur la plateforme Moodle accessible à distance. Elle se structure en plusieurs volets : le rôle du chirurgien-dentiste dans l'identification des signes bucco-dentaires de la maltraitance, les manifestations psychologiques et cliniques associées, ainsi que le rôle des institutions et des politiques publiques dans la protection de l'enfance.

L'originalité de ce projet réside dans l'intégration d'interviews d'intervenants aux compétences variées, toutes en lien avec la thématique de notre projet : un chirurgien-dentiste, Professeur François Clauss, une psychologue, Madame Claire Beaufils, un élu de la Collectivité Européenne d'Alsace, Monsieur Nicolas Matt, et un médecin en chirurgie pédiatrique, Docteur Alexis Walch. Une liste de questions a été transmise en amont à chaque intervenant, quelques jours avant de les filmer, avec la possibilité pour eux de modifier, compléter ou ajouter toute information qu'ils jugeraient pertinente. Cette approche a permis d'adapter les échanges à leur domaine d'expertise et d'obtenir des réponses plus nuancées et approfondies.

Enfin, dans une logique d'évaluation de la formation par le public auquel il se destine, cette formation a été proposée aux étudiants de troisième cycle en chirurgie dentaire. L'objectif était d'évaluer la pertinence de la formation et d'ouvrir une discussion sur les

différents points à améliorer afin d'ajuster la formation et d'envisager une diffusion plus large (tous les étudiants en formation initiale), voire une intégration dans la formation continue des professionnels de santé. Les participants ont mis en avant plusieurs points forts de cette formation, notamment son caractère intéressant, son format vidéo, la brièveté des séquences, la diversité des intervenants issus de différents domaines ainsi que la complémentarité de leurs interventions.
L'enchaînement des thématiques a été apprécié, tout comme la clarté des démarches à suivre concernant le signalement.
Pour améliorer la formation, les participants ont proposé de l'ouvrir à l'ensemble des chirurgiens-dentistes, et non de la réserver uniquement aux étudiants, estimant qu'il serait pertinent de l'intégrer dans la formation continue, à l'image de l'AFGSU, afin d'assurer un rappel régulier des connaissances essentielles. Ils ont également suggéré d'ajouter une synthèse des points clés à la fin de chaque vidéo. Enfin, plusieurs participants ont proposé d'intégrer un quizz pour rendre la formation plus interactive.

La maltraitance infantile concerne près d'un milliard d'enfants dans le monde, il est donc probable que chaque chirurgien-dentiste y soit confronté un jour, dans son milieu professionnel ou privé. Former les étudiants en santé et leur permettre de remettre leurs connaissances à jour sur ce sujet au cours de la formation continue est essentiel et nous espérons que le module de formation proposé répondra à ces besoins.

Faculté
de chirurgie dentaire
Université de Strasbourg

SIGNATURE DES CONCLUSIONS

Thèse en vue du Diplôme d'État de Docteur en Chirurgie Dentaire

NOM - Prénom de l'impétrante : BELAIDENE Célia

Titre de la thèse : Création d'une formation en ligne sur le rôle du chirurgien-dentiste face aux enfants victimes de maltraitance

Directrice de thèse : Docteur STRUB Marion

VU
Strasbourg, le : 23 MAI 2025
Le Président du Jury,

Professeur F. MEYER

VU
Strasbourg, le :
Le Doyen de la Faculté
de Chirurgie Dentaire de Strasbourg,

Professeur F. MEYER

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 : nationalité :
adresse :

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 :

Source : Haute Autorité de Santé – Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir – Octobre 2014 – Mise à jour Juillet 2017

Bibliographie

1. UNICEF. In Focus Ending violence against children.pdf [En ligne]. Cité 23 avr 2025. https://www.unicef.org/eca/media/37706/file/In%20Focus%20Ending%20violence%20against%20children.pdf

2. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Maltraitance des enfants [En ligne]. Cité 10 déc 2024. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment

3. HAS, Haute Autorité de Santé. Questions-réponses : maltraitance des enfants [En ligne]. Cité 23 avr 2025.https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/questions reponses_maltraitance__enfants.pdf

4. J B, Cherian LM, Sathyan P, Sudharani, P C R, Sanil S. Child abuse : knowledge, awareness, and experience among dentists in India. Egypt J Forensic Sci. 4 août 2023;13(1):36.

5. HAS, Haute Autorité de Santé. Rapport d'élaboration : maltraitance enfant [En ligne]. Cité 11 déc 2024. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf

6. Préfecture du Nord. La protection juridique des majeurs [En ligne]. Cité 11 déc 2024. La protection juridique des majeurs. https://www.nord.gouv.fr/Actions-de-l-Etat/Solidarite-hebergement-et-logement/Protection-des-populations-fragiles/L-accompagnement-des-familles-et-des-personnes/La-protection-juridique-des-majeurs

7. Département de Seine-et-Marne. Enfant en danger ou en risque de danger [En ligne]. Cité 11 déc 2024. https://www.seine-et-marne.fr/fr/enfant-en-danger-ou-en-risque-de-danger

8. ODAS, Observation de l'enfance en danger : guide méthodologique [En ligne]. Cité 11 déc 2024. https://odas.net/sites/default/files/documents/odas/2019-12/odas-lobservation-de-lenfance-en-danger-guide-methodologique-mai-2001.pdf

9. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Violence à l'encontre des enfants [En ligne]. Cité 11 déc 2024. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children

10. Ministère des Solidarités et de la Santé. Guide juridique : agir contre la maltraitance [En ligne]. Cité 11 déc 2024. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014_guide_juridique_agir_contre_la_maltraitance_leger_1_.pdf

11. Légifrance.Paragraphe 2 : Des violences (Articles 222-7 à 222-16-3) [En ligne]. Cité 11 déc 2024. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006181751

12. Mehta D, Kelly AB, Laurens KR, Haslam D, Williams KE, Walsh K, et al. Child Maltreatment and Long-Term Physical and Mental Health Outcomes: An Exploration of Biopsychosocial Determinants and Implications for Prevention. Child Psychiatry Hum Dev. 2023;54(2):421-35.

13. Kumari V. Emotional abuse and neglect: time to focus on prevention and mental health consequences. Br J Psychiatry. 217(5):597-9.

14. APSAC. APSAC Guidelines : Psychological Maltreatment [En ligne]. Cité 11 déc 2024. https://apsac.org/wp-content/uploads/2023/05/APSAC-Guidelines-Psychological-Maltreatment-updated-2020-06-24.pdf

15. Krug EG, éditeur. Rapport mondial sur la violence et la sante. Geneve: Organisation mondiale de la santé; 2002. 376 p.

16. Ministère des Solidarités et de la Santé. Guide juridique : agir contre la maltraitance [En ligne]. Cité 11 déc 2024. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014_guide_juridique_agir_contre_la_maltraitance_leger_1_.pdf

17. Odhayani AA, Watson WJ, Watson L. Behavioural consequences of child abuse. Can Fam Physician. 1 août 2013;59(8):831-6.

18. Mandavia A, Robinson GGN, Bradley B, Ressler KJ, Powers A. Exposure to Childhood Abuse and Later Substance Use: Indirect Effects of Emotion Dysregulation and Exposure to Trauma. J Trauma Stress. oct 2016;29(5):422-9.

19. De Bellis MD, Thomas LA. Biologic findings of post-traumatic stress disorder and child maltreatment. Curr Psychiatry Rep. juin 2003;5(2):108-17.

20. 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(11):e1001349.

21. Heim C, Shugart M, Craighead WE, Nemeroff CB. Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. Dev Psychobiol. 2010;52(7):671-90.

22. McLean S. The effect of trauma on the brain development of children.

23. Smith KE, Pollak SD. Early life stress and development: potential mechanisms for adverse outcomes. J Neurodev Disord. 2020;12(1):34.

24. Smith KE, Pollak SD. Early life stress and development: potential mechanisms for adverse outcomes. J Neurodev Disord. 2020;12(1):34.

25. Massé R. Antécédents de violence et transmission intergénérationnelle de la maltraitance [En ligne]. Chicoutimi: J.-M. Tremblay; 2009. Cité 11 déc 2024. https://classiques.uqam.ca/contemporains/masse_raymond/antecedents_violence/antecedents_violence.html

26. Woollett N, Thomson K. Understanding the intergenerational transmission of violence. SAMJ South Afr Med J. 2016;106(11):1068-70.

27. Vock R, Meinel U, Geserick G, Gabler W, Müller E, Leopold D, et al. [Lethal child abuse (through the use of physical force) in the German Democratic Republic during the period 1 January 1985 to 2 October 1990. Results of a multicenter study]. Arch Kriminol. 1999;204(3-4):75-87.

28. Adinkrah M. Maternal infanticides in Fiji. Child Abuse Negl. déc 2000;24(12):1543-55.

29. Choquet M, Darves-Bornoz JM, Ledoux S, Manfredi R, Hassler C. Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: results of a cross-sectional survey. Child Abuse Negl. sept 1997;21(9):823-32.

30. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. Child Abuse Negl. mai 1994;18(5):409-17.

31. Hunter WM, Jain D, Sadowski LS, Sanhueza AI. Risk factors for severe child discipline practices in rural India. J Pediatr Psychol. 2000;25(6):435-47.

32. Hadi A. Child abuse among working children in rural Bangladesh: prevalence and determinants. Public Health. 2000;114(5):380-4.

33. Understanding Child Abuse and Neglect [En ligne]. Washington, D.C.: National Academies Press; 1993. Cité 18 déc 2024. http://www.nap.edu/catalog/2117

34. Allo119. Étude statistique 2022 [En ligne]. Cité 18 déc 2024. https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/activite/2306_etude_statistique_2022-def.pdf

35. Unemployment rates, single parent density, and indices of child poverty: their relationship to different categories of child abuse and neglect [En ligne]. Cité 18 déc 2024. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9504211/

36. Flabat E. UNICEF. Près de 20 000 enfants et adolescents révèlent des inégalités et un sentiment d’exclusion sociale préoccupant. https://www.unicef.fr/article/pres-de-20-000-enfants-et-adolescents-revelent-des-inegalites-et-un-sentiment-dexclusion-sociale-preoccupant/

37. Traumatismes orofaciaux dans les mauvais traitements à enfants. Aspects cliniques et médicolégaux [En ligne]. Cité 18 déc 2024. https://www.em-consulte.com/article/1121180/traumatismes-orofaciaux-dans-les-mauvais-traitemen

38. Child abuse: concerns for oral health practitioners. [En ligne]. Cité 18 déc 2024. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24027895/

39. Pani SC, AlAnazi GS, AlBaragash A, AlMosaihel M. Objective assessment of the influence of the parental presence on the fear and behavior of anxious children during their first restorative dental visit. J Int Soc Prev Community Dent. 2016;6(Suppl 2):S148-152.

40. Fisher-Owens SA, Lukefahr JL, Tate AR. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. 2017;39(4).

41. Techniques de contrôle du comportement en dentisterie pédiatrique : Étude comparative entre le «live modeling» et le «tell show do» basée sur la fréquence cardiaque des enfants au moment des soins [En ligne]. Cité 18 déc 2024. https://www.cda-adc.ca/jadc/vol-75/issue-4/283.html#

42. Lussato B. Comment améliorer la communication avec l'enfant lors des soins dentaires ? Réalités Cliniques. 9 juin 2017;47.

43. Masson E. Maltraitance envers les enfants et les adolescents. https://www.em-consulte.com/article/678529/maltraitance-envers-les-enfants-et-les-adolescents

44. Rayman S, Dincer E, Almas K. Child abuse: concerns for oral health practitioners. [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24027895/

45. Jessee SA. Child abuse and neglect: implications for the dental profession. Tex Dent J. févr 1999;116(2):40-6.

46. Singh V, Lehl G. Child abuse and the role of a dentist in its identification, prevention and protection: A literature review. Dent Res J. 23 mai 2020;17(3):167-73.

47. Brogdon BG, Shwayder T, Elifritz J. Child Abuse and its Mimics in Skin and Bone. CRC Press; 2012. 218 p.

48. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Child Abuse and Neglect https://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/BP_ChildAbuse.pdf

49. Harris J, Whittington A. Dental neglect in children. Paediatr Child Health. 1 nov 2016;26(11):478-84.

50. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The Battered-Child Syndrome. JAMA. 7 juill 1962;181(1):17-24.

51. Tsang A, Sweet D. Violence et négligence envers les enfants — les dentistes en font-ils assez?

52. Walsh A. Illegitimacy, child abuse and neglect, and cognitive development. J Genet Psychol. sept 1990;151(3):279-85.

53. American Professional Society of the Abuse of Children. Guidelines for the Psychosocial Evaluation of Suspected Psychological Maltreatment. [En ligne]. https://apsac.org/wp-content/uploads/2023/05/APSAC-Guidelines-Psychological-Maltreatment-updated-2020-06-24.pdf

54. National Institute for Health and Care Excellence. Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s. Child Maltreat. 2009

55. Rayman S, Dincer E, Almas K. Child abuse: concerns for oral health practitioners. N Y State Dent J. 2013;79(4):30-4. s

56. National Institute for Health and Care Excellence. Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s London : NICE; 2017 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553264/

57. Masson E. Plaies et traumatismes de la face de l'enfant. https://www.em-consulte.com/article/1087566/plaies-et-traumatismes-de-la-face-de-l-enfant

58. Masson E. Plaies et traumatismes de la face de l'enfant. https://www.em-consulte.com/article/1087566/plaies-et-traumatismes-de-la-face-de-l-enfant

59. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Child Abuse and Neglect. https://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/BP_ChildAbuse.pdf

60. Christian CW, Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The evaluation of suspected child physical abuse. Pediatrics. mai 2015;135(5):e1337-1354.

61. National Institute for Health and Care Excellence. Child Maltraitment : when to suspect maltreatment in under 18s. Child Maltreat. 2009.

62. Haute Autorité de Santé. Outil interactif de repérage de la maltraitance chez l'enfant. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_interactif_reperage_maltraitance_enfants.pdf

63. Masson E. [cité 15 janv 2025]. Maltraitance envers les enfants et les adolescents. https://www.em-consulte.com/article/1102003/maltraitance-envers-les-enfants-et-les-adolescents

64. Haute Autorité de Santé. Fiche mémo : Maltraitance chez l'enfant. Cité 11 déc 2024. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf

65. Société de Pédiatrie de l'Est Parisien. Cat.4 - Négligence-maltraitance [En ligne]. Cité 15 janv 2025. https://www.speps.pro/wp-content/uploads/2023/11/Cat.4-Negligence-maltraitance.pdf

66. Guide du signalement d'un enfant en danger [En ligne]. Cité 15 janv 2025. https://eureennormandie.fr/wp-content/uploads/2023/10/Guide-du-signelement-dun-enfant-en-danger.pdf

67. Réseau d'enseignement francophone à distance (REFAD). Personnalisation des apprentissages en FAD pancanadienne francophone [En ligne]. Cité 17 févr 2025. https://www.refad.ca/wp-content/uploads/2018/04/Personnalisation-des-apprentissages-en-FAD-pancanadienne-francophone-20181.pdf

68. Brochier A. L’impact des modalités d’utilisation de la vidéo sur l’efficacité de l’apprentissage en langue vivante.

69. Principes inspirés de Mayer pour l'apprentissage multimédia [En ligne]. Cité 17 févr 2025. https://innovation-pedagogique.psl.eu/sites/default/files/2021-11/principes_inspires_RMayer_2020_0.pdf

70. Minne Y. Étude de l’impact de contenus pédagogiques multimédia interactifs sur l’attention et l’engagement des apprenants.

71. Cambridge University Press. Multimedia Learning, Educational psychology. [En ligne]. Cité 5 mars 2025. https://www.cambridge.org/fr/academic/subjects/psychology/educational-psychology/multimedia-learning-3rd-edition, https://www.cambridge.org/fr/academic/subjects/psychology/educational-psychology

BELAIDENE (Celia) – Création d'une formation en ligne sur le rôle du chirurgien dentiste face aux enfants victimes de maltraitance
(Thèse : 3ème cycle Sci. odontol. : Strasbourg : 2025 ; N°37)

N°43.22.25.37

Résumé :

Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), plus de 50.000 enfants et adolescents sont victimes de maltraitance physique, émotionnelle ou sexuelle chaque année en France. Les chirurgiens-dentistes peuvent jouer un rôle crucial dans la détection de la maltraitance chez les enfants. Au cours de leur exercice, ils prennent en charge des mineurs, que ce soit dans le cadre d'un suivi régulier ou plus ponctuellement notamment pour des urgences traumatiques, potentiellement liées à des violences physiques, ou des urgences infectieuses qui reflètent parfois une négligence parentale majeure.
La prise en charge des enfants victimes de maltraitance nécessite une sensibilisation des chirurgiens-dentistes, passant par une formation spécifique. Ils doivent être formés pour reconnaître les signes de maltraitance et savoir intervenir de manière appropriée, en collaborant notamment avec d'autres professionnels de la santé et des services sociaux pour assurer la sécurité de l'enfant. Ce travail de thèse a pour objet principal la création d'une formation courte, en ligne, destinée aux chirurgiens-dentistes, à l'image de ce que propose l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes pour les violences faites aux femmes.

Mots clés

Maltraitance, Enfance, Adolescence, Formation initiale, Formation continue, Création

Me SH :

Abuse, Childhood, Adolescence, Undergraduate Training, Continuing Professional Development, Creation

Jury :

Président : Professeur OFFNER Damien

Assesseurs : Professeur CLAUSS François
Docteur BOLENDER Yves
Docteur STRUB Marion

Coordonnées de l'auteur :

Adresse postale :
C.BELAIDENE
07 RUE DU BERRY,
67100 STRASBOURG

Adresse de messagerie : belaidenecelia@gmail.com