

UNIVERSITE DE NANTES

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2008 :

N°2

RÔLE DU CHIRURGIEN-DENTISTE DANS LE DÉPISTAGE DE LA MALTRAITANCE CHEZ L'ENFANT

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

*Présentée
et soutenue publiquement par :*

SOULARD Virginie

Née le 13 Février 1981

Le 22 Janvier 2008, devant le jury ci-dessous :

Président : Madame le Professeur Christine FRAYSSE

Assesseur : Monsieur le Professeur Wolf BOHNE

Assesseur : Monsieur le Docteur Gilles AMADOR DEL VALLE

Assesseur : Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Directeur de thèse : Madame le Professeur Christine FRAYSSE

INTRODUCTION.....	3
1 LA MALTRAITANCE A ENFANT.....	6
1.1 HISTORIQUE	6
1.1.1 Evolution des mentalités au cours des siècles	6
1.1.2 Evolution du système de protection de l'enfance en France	9
1.2 DEFINITION.....	12
1.2.1 Des limites incertaines	12
1.2.2 Les différentes formes de maltraitance	15
1.2.3 La violence institutionnelle	19
1.3 ASPECT EPIDEMIOLOGIQUE	19
1.3.1 L'ODAS : Observatoire national De l'Action Sociale décentralisée	19
1.3.2 Le bilan en France	20
1.4 LE COÛT POUR LA SOCIETE	23
1.4.1 Impact social	23
1.4.2 Impact économique	24
1.5 SUR LE PLAN INTERNATIONAL	25
1.5.1 La Convention Internationale des Droits de l'Enfant.....	25
1.5.2 Quelques chiffres dans le monde	26
1.5.3 Délicat problème des cultures, rites et religions	28
2 DEMARCHE DIAGNOSTIQUE DU CHIRURGIEN DENTISTE....	30
2.1 LA PLACE PRIVILEGIEE DU CHIRURGIEN DENTISTE.....	30
2.1.1 La fréquence des lésions crânio-faciales dans la maltraitance à enfant	30
2.1.2 Pourquoi si peu de chirurgiens-dentistes transmettent l'information ?.....	31
2.1.3 Les signes d'alerte au cours d'une consultation dentaire	32
2.2 FACTEURS DE RISQUE DE LA MALTRAITANCE	34
2.2.1 Liés aux parents et au contexte familial	34
2.2.2 Liés à l'environnement socioculturel	36
2.2.3 Liés aux caractéristiques de l'enfant	38
2.2.4 Le « modèle écologique » de l'OMS	39
2.3 LES MANIFESTATIONS CLINIQUES DE LA MALTRAITANCE	40
2.3.1 Signes évocateurs de maltraitance.....	40
2.3.2 Les lésions générales de la maltraitance	45

2.3.3	Les lésions de la sphère oro-faciale à rechercher par le chirurgien-dentiste....	50
2.3.4	Comportement de l'enfant maltraité au cabinet dentaire	58
2.3.5	Importance de l'entretien	61
2.3.6	Documents à recueillir au cabinet dentaire	63
2.4	DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	68
2.4.1	Ostéogénèse imparfaite	68
2.4.2	Autres pathologies.....	70
2.5	LES SYNDROMES DE MALTRAITANCE	77
2.5.1	Syndrome de SILVERMAN TARDIEU	77
2.5.2	Syndrome du bébé secoué	78
2.5.3	Syndrome de MUNCHHAUSEN par procuration (SMP)	79
2.5.4	Syndrome du biberon (négligence dentaire)	80
3	PROTECTION DE L' ENFANCE EN FRANCE.....	82
3.1	LEGISLATION EN MATIERE DE MALTRAITANCE	82
3.1.1	La loi du 5 Mars 2007 réformant la protection de l'enfance.....	82
3.1.2	Le dilemme pour le chirurgien-dentiste	85
3.2	ORGANISATION DU SYSTEME DE PROTECTION DE L'ENFANCE	89
3.2.1	La protection administrative.....	90
3.2.2	La protection judiciaire	92
3.2.3	La « judiciarisation » des signalements.....	95
3.2.4	Le Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée	96
3.3	DISPOSITIFS DE PREVENTION DE L'ENFANCE EN DANGER.....	97
3.3.1	Prévention générale	97
3.3.2	Prévention au cabinet dentaire	98
4	CONDUITE A TENIR AU CABINET DENTAIRE.....	100
4.1	LES CIRCUITS DE SIGNALEMENT	100
4.1.1	En cas de simple suspicion.....	100
4.1.2	Les faits sont avérés mais il n'y a pas d'urgence vitale	101
4.1.3	Danger immédiat / urgence vitale pour l'enfant.....	102
4.1.4	En résumé	103
4.2	FICHE DE SIGNALEMENT.....	104
	CONCLUSION.....	106
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	108

INTRODUCTION

En 1989, la Convention Internationale des Droits de l'Enfant a défini un certain nombre de droits à la vie, à la santé, à l'éducation, au respect. Et pourtant, chaque année et à travers le monde entier, des millions d'enfants sont victimes ou témoins de violence. Les violences intrafamiliales, les violences institutionnelles, l'exploitation sexuelle, les enfants au travail, les enfants des rues, les enfants soldats, les mutilations génitales...

Ce sujet, encore tabou aujourd'hui, entraîne de graves conséquences sur la santé mentale et physique de l'enfant, sur son développement et son bien être au cours de sa vie.

Nous détaillerons dans cette thèse essentiellement les maltraitances intrafamiliales, sachant que la violence par un parent ou par un proche est la forme la plus courante en France et donc la plus susceptible d'être dépistée au cabinet dentaire.

C'est un phénomène d'autant plus effrayant et incompréhensible que l'auteur des mauvais traitements est censé être garant de l'éducation et de la santé de la victime. Il est clairement précisé, dans l'article 371-2 du Code Civil que « *l'autorité appartient aux père et mère pour protéger l'enfant dans sa sécurité, sa santé et sa moralité. Ils ont à son égard droit et devoir de garde, de surveillance et d'éducation* » .

Dans un premier temps, nous aborderons l'historique, les définitions, l'épidémiologie en France et dans le monde ainsi que les divers textes de lois sur la maltraitance envers les enfants.

Après avoir rappelé dans un second temps les divers facteurs de risques familiaux et environnementaux susceptibles de favoriser la maltraitance, nous détaillerons les signes évocateurs de maltraitance. En effet, certains signes physiques, généraux et buccaux,

psychologiques et comportementaux de l'enfant ainsi que le comportement des parents peuvent parfois alerter le praticien au cours de la consultation dentaire.

Plus de la moitié des lésions observées en cas de violence se situent dans la sphère oro-faciale. Le cabinet dentaire représente donc un lieu de passage de ces enfants et le chirurgien-dentiste a, de ce fait, un rôle à jouer dans le dépistage.

La tâche est difficile car elle requiert des connaissances spécifiques. Chaque année, en France, environ 100000 enfants sont déclarés en danger. Il serait normal que le chirurgien-dentiste devienne un acteur à part entière dans le dépistage des maltraitances.

Notre rôle est de prévenir et d'informer les autorités compétentes lorsqu'un cas de maltraitance se présente au cabinet dentaire, qu'il soit soupçonné ou avéré. Nous n'avons pas à juger la situation et encore moins les auteurs des faits mais nous devons savoir évoquer cette hypothèse de danger lorsqu'elle existe.

Nous présenterons en dernière partie, les différents acteurs impliqués dans ce système de protection de l'enfance et proposerons aux praticiens un récapitulatif simple de la conduite à tenir en cas de maltraitance soupçonnée ou avérée en cabinet dentaire.

Les étapes de dépistage, diagnostic, signalement et prévention sont indispensables à la mise en place de cette protection de l'enfant. Cependant, elles suscitent de vives émotions qui rendent la décision d'action parfois difficile.

1 LA MALTRAITANCE A ENFANT

1.1 HISTORIQUE

1.1.1 Evolution des mentalités au cours des siècles : de l'enfant coupable à l'enfant victime

Les références à l'histoire sont indispensables pour comprendre la place que tient l'enfant dans la famille et dans la société, au cours des siècles.

Vers 1730 avant J-C, l'art.154 du Code d'Hammourabi énonce déjà que si un homme a eu commerce avec sa fille, il sera chassé de la ville.

Sous la République Romaine, la notion de toute puissance paternelle fait état de cause. Ainsi, le père a droit de vie et de mort sur ses enfants. Il a droit de corrections et possibilité de choisir sa progéniture en refusant son enfant biologique et en en adoptant un autre. A cette époque, l'infanticide est accepté puisqu'il peut « *raisonnablement étouffer les enfants monstrueux et noyer les difformes* » (VAILLANT, 1997).

A partir du Moyen-âge et ce pendant des siècles, c'est l'Eglise qui prend en charge les enfants abandonnés. De nombreuses structures religieuses ou institutions caritatives se créent (Saint Vincent de Paul en 1638, Saint-Jean Eudes), pour d'accueillir les orphelins (IUFM-CENTRE DE BONNEVILLE , 2005).

L'enfant est considéré comme « un adulte en miniature ». Il fait les mêmes travaux, les mêmes guerres, il participe aux mêmes jeux et il est responsable au regard du Code Pénal, donc passible des mêmes peines d'enfermement que les adultes (STRAUSS et coll, 1993).

Au sein de la famille, les relations parents-enfants sont minimales et la sévérité est de rigueur. L'enfant est un moyen de profit familial, un apport supplémentaire de ressources. Ainsi, coups et remontrances sont considérés comme légitimes et toute manifestation de tendresse affaiblit l'autorité du père.

Le rapport Cambacérés du 9 Août 1793 souligne cependant : « *surveillance et protection, voilà le droit des parents. Nourrir et élever, établir des enfants, voilà leur devoir* » (ROYAL, 2007).

L'enfant ne fût considéré comme « personne » dans les textes en Europe qu'à partir de la fin du 18^e siècle. Jean Jacques ROUSSEAU, dans ses œuvres, reconnaît l'enfant comme possédant des valeurs et des besoins propres.

En 1804, le Code Napoléon s'intéresse aux droits des mineurs et relativise celui du père (GABEL, 2000).

Malgré cela, le droit des enfants, par la suite, n'a pas toujours été respecté.

Au début du 19^e siècle, dans un contexte d'industrialisation croissante et d'explosion démographique, le nombre d'abandons, d'agressions, de sévices et de mises en nourrice se multiplie et c'est la nation qui prend alors la place de l'Eglise en créant l'Assistance Publique, chargée de l'éducation physique et morale de ces enfants.

Cette Révolution Industrielle européenne affecte l'économie, la politique, la société. L'enfant est la « main d'œuvre bon marché ». La mortalité infantile en France est alors écrasante avec un taux de 25%. Elle passera à 20% en 1900. Avec une durée de vie aussi courte, l'adolescent est considéré comme un adulte et l'enfant comme un adolescent (GABEL, 2000).

Les conditions de travail sont alors incompatibles avec leur jeune âge.

En 1830, la Loi Villemin interdit l'embauche des enfants de moins de 8 ans dans les usines et réduit le temps de travail à 12h par jour maximum pour les enfants de 8 à 12 ans. On ne saurait imaginer les conditions de travail auparavant... (VAILLANT, 1997).

C'est en 1860 qu'un médecin légiste français, Ambroise TARDIEU, décrit pour la première fois dans ses « Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale », les symptômes et les signes cliniques de la maltraitance à l'enfant. Il se montre d'autant plus lucide, qu'il dénonce le milieu familial et les parents comme les principaux auteurs de ces violences. (VASSIGH, 1999)

« Mais que dès l'âge le plus tendre, de pauvres êtres sans défense soient voués chaque jour et presque à chaque heure aux plus cruels sévices, soumis aux plus dures privations, que leur vie à peine commencée ne soit déjà qu'un long martyre [...], enfin, chose plus incroyable, que leurs bourreaux soient le plus souvent ceux même qui leur ont donné le jour [...] » (TARDIEU, 1860).

Il passe de nombreuses années à défendre cette cause, mais malgré cela, ses efforts ne suffisent pas à convaincre le corps médical de l'époque.

Certains confrères médecins écrivent à l'égard de la parole des enfants :

« On frémit, en vérité, lorsqu'on pense que de la sorte l'honneur d'un homme peut se trouver à la merci soit de l'inconscience, soit de la perversité d'un enfant » (FOURNIER, 1880, Professeur des maladies cutanées et syphilitiques).

« C'est ainsi que beaucoup de fillettes, faibles d'esprit et malignes d'instinct, accusent leur père de les avoir violées, leur mère de les avoir battues, etc. Ce sont ces petits êtres menteurs et malfaisants qui deviennent de faux enfants martyrs, sur lesquels s'apitoie la crédulité publique » (DUPRE, 1925, Psychiatre et Professeur de la faculté de Paris).

On comprend alors aisément que dénoncer l'importance de ce phénomène de violence, pourtant réel à l'époque, est contraire aux pensées, voire même illégal car susceptible de porter atteinte à l'ordre établi.

Les écrits de TARDIEU laissent perplexe un long moment Sigmund FREUD. Les histoires de sévices sexuels durant l'enfance, chez ses nombreuses patientes, selon lui « névrotiques », trouvent soudainement une explication.

Alors fantasme ou réalité ? Il se posera la question, mais par manque de courage et surtout de soutien de la part de la communauté scientifique, il préférera sa nouvelle théorie du Complexe d'Œdipe, selon lequel, les désirs sexuels sont des fantaisies survenant normalement au cours du développement de la sexualité de l'enfant (VASSIGH, 1999).

Il faut attendre la publication d'un rapport de médecine légale sur les sévices envers les enfants en 1929, par PARISOT et CAUSSADE, pour que le sujet de la maltraitance ressurgisse.

Puis, c'est dans une école radiopédiatrique américaine que CAFFEY et SILVERMAN, en 1953, décrivent les signes radiologiques des fractures « spontanées » retrouvées chez de nombreux enfants, convaincus que certaines lésions squelettiques sont des séquelles de mauvais traitements.

En 1962, le pédiatre KEMPE en collaboration avec le radiologue SILVERMAN, après analyse de 750 cas de sévices physiques, publie un article intitulé « The battered-child syndrom », traduit en français par Syndrome des enfants battus ou Syndrome de Silverman (KEMPE, 1962).

Enfin, on lève le voile sur une effroyable réalité, la maltraitance. En cette deuxième moitié du 20^e siècle, l'impact de ces publications est considérable et entraîne par la suite de vives réactions de la part du corps médical, des autorités et de la population générale (LABBE, 2001). Il est important de souligner qu'il aura fallu presque un siècle pour réellement reconnaître le sort de l'enfant et le porter non plus en coupable mais en victime. Dès lors, divers textes sont venus renforcer la législation en faveur de la protection des enfants.

1.1.2 Evolution du système de protection de l'enfance en France : de l'enfant objet à l'enfant sujet de droit

Suite aux travaux de A. TARDIEU, deux lois sur « *la protection des enfants maltraités et moralement abandonnés* » sont adoptées :

- Loi du 24 juillet 1889 : pour la première fois, le tribunal civil peut prononcer la déchéance des droits des parents auteurs de mauvais traitements.
- Loi du 19 Avril 1898 : « *quiconque aura volontairement fait des blessures ou porté des coups à un enfant de moins de 15 ans, ou qui l'aura volontairement privé d'aliments ou de soins au point de compromettre sa santé, sera puni d'un emprisonnement de 1 à 3 ans et d'une amende de 16 à 1000 Francs* » avec une peine particulière quand l'auteur est père ou mère.

Cependant, elles ne prennent que très peu en considération les enfants victimes de ces violences.

Les commentaires juridiques faisant référence aux lois témoignent et confortent les mentalités de l'époque. Il serait en effet malvenu qu'un enfant dénonce son père ou sa mère, envers qui il doit le respect absolu (VASSIGH, 1999).

Ce n'est que par la suite, au début du 20^e siècle, que le système de protection de l'enfance se structure réellement et on voit se multiplier les lois, décrets et circulaires afin de promouvoir l'intérêt de l'enfant. Il occupe désormais une place importante dans la famille mais aussi dans la société. Il devient une personne de droit à part entière (VAILLANT, 1997; ROYAL, 2007).

- La loi du 22 Juillet 1912 instaure le tribunal pour enfant et la possibilité d'ordonner des mesures de surveillance et d'éducation.
- Déclaration de Genève du 24 Septembre 1924 sur les droits des enfants : « *l'humanité a le devoir de donner à l'enfant ce qu'elle a de meilleur* ». Elle propose la mise en place d'une protection spéciale pour les enfants.
- La loi du 2 Février 1945 crée la fonction spécifique de juge pour enfant et instaure l'enquête sociale et le placement.
- Ordonnance du 2 Juillet 1945 : majorité sexuelle portée à 15 ans.
- Décret du 29 Novembre 1953 mise en place dans chaque département d'un service d'aide à l'enfance.
- La loi du 24 Février 1956 promulgue le Code de la famille et de l'aide sociale.
- L'ordonnance du 23 Décembre 1958 indique que « *si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger ou si les conditions de son éducation sont compromises, des mesures d'assistances éducatives peuvent être ordonnées par la justice* ». Le juge des enfants peut « *lorsque le mineur est laissé à ses parents ou gardien, ou lorsqu'il est l'objet d'une mesure de garde provisoire prévues [...] charger un service d'observation, d'éducation ou de rééducation en milieu ouvert* ».
- Déclaration des droits de l'enfant du 20 Novembre 1959 : droit à une protection spéciale, droit à un nom, à une nationalité, à la sécurité sociale,

droit d'être élevé par ses parents, droit à l'éducation, à la protection contre toute forme d'exploitation.

- Loi du 4 Juin 1970 : Fin de l'autorité paternelle issue du droit Romain et place à « *l'autorité parentale des père et mère* ».
- Loi du 22 Juillet 1983 : décentralisation de l'Etat et transfert des missions de protection de l'enfant aux départements. Désormais, le Conseil Général organise le service de l'aide sociale à l'enfance et le finance.
- Loi du 6 Juin 1984 : droit pour l'enfant d'être consulté et de donner son avis dans les procédures administratives et judiciaires qui le concernent.
- Loi du 10 Juillet 1989 relative à la protection des mineurs et à la prévention des mauvais traitements. Elle redéfinit et soutient le travail des professionnels de l'enfance et met en place le service « Allô Enfance Maltraitée ».
- La Convention européenne des droits de l'enfant de 1989, est ratifiée par la France en 1990.
- Loi du 17 Juin 1998 : amélioration du classement des plaintes pour abus sexuels contre mineurs. Obligation d'enregistrement audiovisuel de l'audition d'un mineur victime, avec accord du mineur ou de son représentant légal.
- La loi du 6 Mars 2000 : au moins une séance annuelle d'information et de sensibilisation sur la violence dans le cursus des écoliers, collégiens et lycéens.
- Charte des droits fondamentaux de l'union européenne du 7 Décembre 2000 : « *les enfants ont droit à la protection et aux soins nécessaires à leur bien-être. Ils peuvent exprimer leur opinion librement.[...]. L'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale [...]* ».
- La loi du 5 mars 2007 vise à redéfinir les objectifs de chaque professionnel impliqué dans le système de protection de l'enfance et met l'accent sur l'intérêt des programmes de prévention.

L'évolution de la prise en considération de l'enfant s'est faite lentement au cours des siècles, grâce en particulier à l'élaboration de nombreuses lois.

Désormais, l'enfant, en ce début de 21^e siècle, a une place dans la société. Les relations parents-enfants se construisent et l'enfant devient un être ayant des droits mais aussi des devoirs.

Malgré l'évolution considérable de notre législation, la prise de conscience n'est pas universelle; en témoignent les 20000 enfants reconnus maltraités en France, en 2005.

1.2 DEFINITION

1.2.1 Des limites incertaines

La conception initiale était simple puisqu' étaient considérés comme mauvais traitements, les brutalités ou absence de soin de la part des parents ou d'autres adultes, pouvant entraîner des lésions physiques ou des troubles de l'état général de l'enfant (ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, 1997).

Toutefois, une certaine ambiguïté persistait.

Il est en effet extrêmement difficile, voire utopique de vouloir définir précisément une situation de maltraitance alors que le phénomène est et restera encore longtemps tabou. Cependant, afin de pouvoir évaluer dans un pays l'ampleur du problème, il faut pouvoir recenser et cela demande une définition aussi « consensuelle » que possible afin d'éviter les biais.

Les biais liés à la définition sont fonction (GAUTHIER, 1994) :

- des limites de la définition : certes, la négligence est une forme plus discrète de maltraitance, mais quel est le niveau de soin minimum et acceptable pour un enfant ? Quel est le seuil à partir duquel nous devons intervenir ?
- de l'âge maximal retenu : majorité sexuelle à 15 ans ou majorité légale civile à 18 ans ?

- des actes retenus : les chiffres seront d'autant plus élevés qu'ils font référence à une définition large.

Alors chacun propose sa définition.

Selon NOSSINTCHOUK et KOUYOUMDJIAN :

« Est considéré comme maltraité, tout enfant ou adolescent ayant subi ou subissant des violences physiques et/ou morales, qui retentissent de façon grave sur son état de santé et son comportement psychosocial à court ou long terme. Quel qu'en soit l'auteur, famille, institution, ou autre, la maltraitance est le fait délibéré d'une action humaine réprouvée et répressible, qui se produit dans l'environnement immédiat de l'enfant. Elle peut être connue et prévenue. Elle engage la responsabilité de l'ensemble de la collectivité » (NOSSINTCHOUK et coll, 2004).

Selon l'association Enfance et Partage :

« on considère généralement qu'un mineur (enfant ou adolescent) est maltraité dès lors qu'il est victime de négligences graves, de mauvais traitements, d'exploitation, de violences sexuelles de la part de ses parents, de tout autre adulte ou de mineur » (ENFANCE ET PARTAGE, 2007).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé :

« La maltraitance de l'enfant comprend toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou psychoaffectifs, de sévices sexuels, de négligences, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans un contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir » (WHO et IPSCAN, 2006).

La nécessité de définir précisément le terme de « maltraitance à enfant » est apparue comme une priorité. C'est ainsi que l'Observatoire national De l'Action Sociale décentralisée (ODAS), a proposé une définition au début des années 90 et depuis la majorité des départements français la retienne.

Elle distingue:

L'enfant maltraité : « un enfant victime de violences physiques, de violences sexuelles, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique »

L'enfant en risque : « celui qui connaît des conditions d'existence qui risquent de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité ».

L'enfant en danger est soit maltraité ou soit en risque

Mais aucun consensus n'est atteint.

Il ne faudrait pas que la notion d'enfant maltraité, connu et reconnu sur le plan international, ne perde de son sens au profit d'autres termes, plus vastes et donc moins facilement utilisable par l'ensemble des professionnels.

En effet, la notion de danger est une notion clé mais une notion relative. A quel point les troubles alimentaires, les fugues, l'absentéisme scolaire sont des manifestations de mal-être, relevant de la protection de l'enfance ?

Où s'arrête le droit des parents à corriger leurs enfants ? Comment définir les mauvais traitements psychologiques ? Où se situe la frontière entre relations familiales normales et « climat incestueux » ?

Malgré un large panel de définitions, toutes aussi précises les unes que les autres, rappelons que le souci de tout professionnel de l'enfant, et du chirurgien-dentiste en particulier, n'est pas tant de connaître la définition exacte de la maltraitance, mais plutôt de savoir la dépister suffisamment tôt, afin d'agir rapidement et efficacement..

1.2.2 Les différentes formes de maltraitance

1.2.2.1 Les violences physiques

C'est l'utilisation intentionnelle de la force physique envers un enfant : battre, pousser, frapper, donner un coup de pied, secouer, mordre, étrangler, brûler, ébouillanter, empoisonner, étouffer...

La mutilation génitale de la fillette est aussi une forme de violence physique.

Ces violences provoquent des dommages des tissus qui vont de la simple rougeur à la fracture, voire à la perte d'une fonction ou au décès de l'enfant.

Les moyens et objets utilisés sont multiples et soulignent la violence dont peut faire preuve l'agresseur.

L'épisode de violence peut être unique au cours de l'enfance ou se produire de manière répétée entraînant alors des séquelles plus lourdes (NOSSINTCHOUK et coll, 2004).

LA LEGISLATION FRANCAISE :

Les articles 222-7 à 227-14 du Nouveau Code Pénal (NCP) :

- les violences physiques sur un mineur de 15 ans sont punies de 30 ans de réclusion criminelle lorsqu'elles ont entraîné la mort de la victime.
- elles sont punies de 10 ans de réclusion criminelle et 150.000 € d'amende lorsqu'elles ont entraîné une mutilation ou une infirmité permanente.
- la peine sera de 5 ans d'emprisonnement et 75.000 € d'amende quand ces violences ont entraîné une ITT supérieure à 8 jours (Incapacité Temporaire Totale).
- elle sera de 3 ans d'emprisonnement et 45.000 € d'amende lorsque les violences ont entraîné une ITT inférieure ou égale à 8 jours (Les ITT sont déterminées par un médecin selon la gravité du traumatisme constaté sur l'enfant, sans prendre en compte l'aspect professionnel).

1.2.2.2 Les violences sexuelles

« *L'abus sexuel consiste à faire participer des enfants et adolescents, dont on a la charge, à des activités sexuelles qu'ils ne peuvent pleinement comprendre et auxquelles ils sont incapables de consentir en connaissance de cause, ou bien à des activités qui violent les tabous sociaux attachés aux rôles familiaux* » (KEMPE, 1978).

Cette définition est toujours reconnue et elle recouvre l'ensemble des actes : viol, inceste, attouchement, exploitation à des fins de prostitution, pornographie, exhibitionnisme.

LA LEGISLATION FRANÇAISE :

Les faits constitutifs d'un délit sont :

- les atteintes sexuelles : « *le fait par un majeur d'exercer sans violence, contrainte, menace ni surprise une atteinte sexuelle sur la personne d'un mineur de 15 ans* » (art 227-25 du NCP).
- les agressions sexuelles : « *toute atteinte sexuelle commise avec violence, menace ou surprise* » (art 222-22 du NCP).

Les peines en cas d'atteintes ou d'agressions sexuelles vont de 1 à 7 ans d'emprisonnement.

Les faits constitutifs de crime et passible des assises sont :

- le viol : « *tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise* » (art 223-23 du NCP).

Les peines en cas de viol vont de 15 ans d'emprisonnement à la réclusion criminelle à perpétuité.

Les circonstances aggravantes sont l'âge de la victime (de moins de 15 ans) et l'auteur des faits (soit un ascendant légitime, naturel ou adoptif, soit une personne ayant autorité sur la victime).

1.2.2.3 Les violences psychologiques

Selon l'ODAS, il s'agit de « *l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique* », comme humiliation, injures, brimades, menaces répétées, intimidation, discrimination, comportement sadique ou pervers, manifestation de rejet, isolement, abandon affectif, punition excessive et disproportionnée par rapport à l'âge de l'enfant, dévalorisation systématique...

Avec le temps, l'enfant s'épuise psychologiquement et développe des troubles du comportement (dépression, psychoses, troubles alimentaires, automutilation, tentative de suicide...) (IUFM-CENTRE DE BONNEVILLE, 2005).

LA LEGISLATION FRANÇAISE :

Malgré les conséquences lourdes que peuvent entraîner ces violences psychologiques, il n'y a pas de référence dans le Nouveau Code Pénal. Seul l'article 222-33 du NCP fait référence au harcèlement sexuel et moral professionnel.

Il faut rappeler que la prise en compte des violences psychologiques et des négligences dans la définition de la maltraitance est récente et fait partie des nouveaux courants de pensée de la fin du 20^e siècle.

1.2.2.4 Les négligences lourdes

Il s'agit de la non satisfaction des besoins physiologiques et /ou affectifs de l'enfant, appelé aussi « syndrome de privation » par certains auteurs.

Elle est d'ordre :

- physique : carence alimentaire (retard de croissance), tenue vestimentaire inadaptée ou négligée, hygiène générale mauvaise, négligence de sécurité (vigilance des parents).

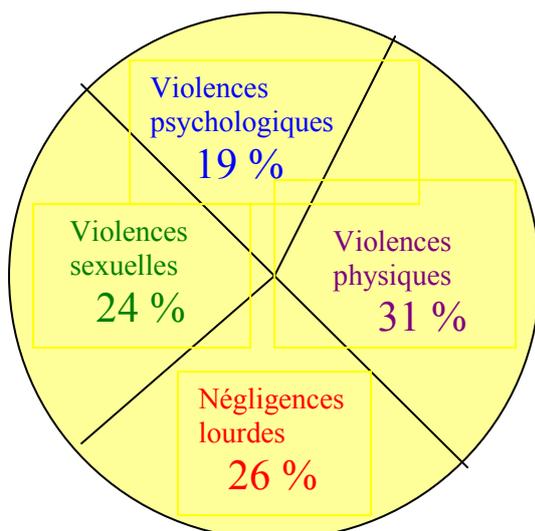
- médicale : absence de visite de contrôle, de vaccins, de soins médicaux indispensables au traitement de certaines pathologies pouvant avoir de graves répercussions sur la santé de l'enfant.
- éducative : absentéisme scolaire pour l'enfant, absence d'encadrement de la part des parents.
- affective : manque d'amour parental, manque de protection.

Elle n'implique pas nécessairement une intention des parents, c'est un problème souvent chronique et familial qui touche généralement l'ensemble de la fratrie.

LA LEGISLATION FRANÇAISE :

L'art 227-15 du Nouveau Code Pénal souligne que « *le fait pour un ascendant légitime, naturel ou adoptif - ou toute autre personne exerçant à son égard l'autorité parentale ou ayant autorité sur un mineur de 15 ans - de priver celui-ci d'aliments ou de soins au point de compromettre sa santé est puni de 7 ans d'emprisonnement* ».

L'ODAS a publié en 2005, les chiffres de répartition des types de mauvais traitements chez l'enfant, en France.



La violence physique est le type de mauvais traitement le plus répandu en France.

On remarque que les violences psychologiques et négligences lourdes sont très largement représentées malgré leur entrée tardive dans la définition de la maltraitance.

Figure 1 : Répartition des types de mauvais traitements chez l'enfant, en France (ODAS 2005).

1.2.3 La violence institutionnelle

Selon Stanislaw TOMKIEWICZ, la maltraitance institutionnelle est « *toute action commise dans ou par une institution, ou toute absence d'action, qui cause à l'enfant une souffrance physique ou psychologique inutile et/ou qui entrave son évolution ultérieure* » (TOMKIEWICZ, 1991).

Elle relève des dysfonctionnements d'une institution. Nous pouvons prendre l'exemple du système judiciaire : la multiplication des auditions d'enfants victimes de maltraitance génère une double souffrance pour celui-ci.

Le placement d'enfants par les services de protection de l'enfance ou la séparation forcée mère - enfant lors d'une hospitalisation engendre des traumatismes psychologiques parfois très graves pour l'enfant comme pour la mère.

Parallèlement au défaut d'organisation propre à chaque institution, il faut souligner l'existence de dérives comportementales individuelles. Certaines personnes travaillant au sein des institutions (hôpitaux, PMI, tribunaux, services de police...) profitent de leur situation pour infliger aux mineurs des actes de violences physiques, psychologiques et/ou sexuelles (GABEL et coll, 1998).

1.3 ASPECT EPIDEMIOLOGIQUE

1.3.1 L'ODAS : Observatoire national De l'Action Sociale décentralisée

L'ODAS a été créé le 14 Juin 1990, suite aux lois de décentralisation de l'Etat et des différentes collectivités territoriales. Son rôle est de contribuer « *au recueil et à l'analyse des données et des études concernant la protection de l'enfance, en provenance de l'État, des*

collectivités territoriales, des établissements publics, des fondations et des associations oeuvrant dans ce domaine » (ODAS, 2006).

Les chiffres qui ressortent des rapports annuels de l'ODAS sont encore approximatifs comme l'est la définition de la maltraitance. Cependant, ces statistiques sont nécessaires pour avoir une vue d'ensemble de ce phénomène encore trop souvent sous-estimé.

Il ne s'agit pas de « *compter pour compter* » mais de « *mieux repérer pour mieux traiter* ». En disposant de données fiables concernant la violence en France, il est plus aisé de mettre en place des mesures de prévention et d'améliorer le système de prise en charge des victimes (MOLLIN, 2003).

« *observer, évaluer pour mieux adapter nos réponses* », voici les maîtres-mots du rapport de l'ODAS en 2005.

1.3.2 Le bilan en France

En 2005, environ 7 mineurs sur 1000 ont été déclarés « enfants en danger » soit une augmentation de plus de 15% depuis 2000 (ODAS, 2005).

Ce sont les « enfants en risque » qui prédominent dans les signalements avec un taux d'environ 80% contre 20% d' « enfants maltraités ».

Notons également une augmentation depuis 2004 du nombre d'enfants maltraités, alors qu'une stabilisation avait été enregistrée depuis 1999.

Le tableau ci-dessous précise ce premier constat :

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Enfants maltraités	19000	18500	18300	18000	18500	18000	19000	20000
Enfants en risque	64000	65000	65500	67500	67500	71000	76000	77000
Enfant en danger	83000	83500	83800	85500	86000	89000	95000	97000

Figure 2 : Evolution du nombre d'enfants signalés en danger par type de danger (ODAS 2006).

Cette augmentation relativement constante du nombre d'enfants en danger depuis 7 ans peut trouver trois explications :

- les faits de maltraitance sont mieux signalés : diversification des campagnes de sensibilisation et amélioration du circuit de signalement (BONNIER, 2006).
- l'évolution de la notion de maltraitance : l'intégration de la notion de négligence, de violences psychologiques et institutionnelles remonte à une dizaine d'années seulement (BONNIER, 2006).
- un problème de société : les familles se retrouvent de plus en plus isolées et repliées sur elles- mêmes (ODAS, 2006).

Le tableau 3 permet de rendre compte de l'augmentation importante des violences physiques (de 5600 à 6400) et des violences psychologiques (de 2000 à 3800) au cours des quatre dernières années.

On remarque une croissance du nombre de sévices psychologiques avec cependant un taux qui reste le plus faible parmi les quatre catégories.

Le taux de mauvais traitements par négligence est resté stable en 4 ans et représente , en 2005, la deuxième cause de violence.

Violences	2002	2003	2004	2005	% en 2005
Physiques	5600	5800	6600	6400	31 %
Sexuelles	5900	5200	5500	4700	24 %
Négligences	5000	4400	4400	5100	26 %
Psychologiques	2000	2600	2500	3800	19 %
Total enfants maltraités	18500	18000	19000	20000	100 %

Figure 3 : Evolution des types de mauvais traitements parmi les enfants signalés pour maltraitance (ODAS 2006).

Les deux tableaux qui suivent font le point sur la répartition des violences en fonction de l'âge de l'enfant. On note un pic pour la tranche d'âge de 12 à 15 ans et de 3 à 6 ans. Ces derniers représentent les enfants d'âge préscolaires, encore très dépendants de leurs parents et restant le plus souvent au domicile familial.

Toutefois, hormis les plus de 18 ans, le taux de maltraitance varie peu en fonction de l'âge et tous les âges sont représentés avec une moyenne de 5400 enfants par tranche d'âge.

	0-3 ans	3-6 ans	6-9 ans	9-12 ans	12-15 ans	15-18 ans	+ 18 ans
% d'enfants	14,1	17,3	15,3	17,1	18,9	14	3,3

Figure 4 : Pourcentage de maltraitance en fonction de l'âge des victimes en 2002 (ONED, 2005).

	0-2 ans	3-5 ans	6-10 ans	11-14 ans	15-17 ans	18-21 ans	TOTAL
Filles	6400	7700	12100	10100	9100	1800	47200
Garçons	7100	8600	14100	11600	7500	900	49800
TOTAL	13500	16300	26200	21700	16600	2700	97000

Figure 5 : Enfants signalés par âge et par sexe en 2005 (ODAS 2006).

Cette étude prend en compte les mineurs et jeunes majeurs de 0 à 21 ans.

Avant l'âge de 15 ans, les garçons sont majoritairement concernés (41400 garçons contre 36300 filles signalées). A partir de 15 ans, le taux de signalement est plus élevé pour les filles (10900) que pour les garçons (8400).

1.4 LE COÛT POUR LA SOCIETE

1.4.1 Impact social

Les conséquences de la maltraitance peuvent être très sévères et variables selon les individus. Très souvent, les filles ont plus de risque d'intérioriser leurs réactions, de développer des troubles alimentaires (anorexie, boulimie), de ressentir des idées suicidaires et de présenter des troubles psychologiques...

A l'inverse, les garçon expriment plutôt leur mal-être par une délinquance, une agressivité, des tentatives de suicide et plus tard, une violence conjugale accrue (WHO et IPSCAN, 2006).

Les répercussions individuelles à court et moyen termes sont évidentes. Mais la maltraitance entraîne également des conséquences négatives pour la société.

Des études ont montré qu'une exposition à la maltraitance et à toute forme de violence durant l'enfance est associée à des comportements à risque dans la vie future de l'enfant, entraînant inévitablement des conséquences à long terme pour la société : augmentation du risque d'échec scolaire, consommation de drogues, risque de grossesse non désirée, délinquance, violence, prostitution, criminalité (WHO et IPSCAN, 2006).

1.4.2 Impact économique

La maltraitance a un impact économique considérable. Deux catégories de dépenses sont à distinguer (WALDMAN et coll, 2002; WHO et IPSCAN, 2006) :

- dépenses directes : elles font référence à l'hospitalisation et aux soins médicaux, à l'intervention des organismes sociaux, aux déplacements des services de police lors d'enquêtes, aux familles d'accueil et aux placements pour l'enfant ainsi qu'à tous les programmes de prévention, réinsertion, éducation.
- dépenses indirectes : ce sont toutes les dépenses liées aux traitements des maladies qui apparaissent prématurément, à la mise en place de cellules psychologiques, aux programmes d'éducation spécialisée, aux programmes de désintoxication, à la gestion des grossesses chez l'adolescente, aux conséquences des violences domestiques, à la délinquance juvénile, à la criminalité et aux incarcérations. Ces dépenses indirectes sont beaucoup plus difficiles à évaluer que les dépenses directes.

Une étude américaine de 2001 a calculé le coût global des dépenses directes et indirectes et en est arrivée à la somme effrayante de 94 billions de \$US par année soit, 1% du Produit Intérieur Brut du pays (WHO et IPSCAN, 2006).

En détail :

- Hospitalisation = 3 billions \$US/an
- Traitement des maladies psychiatriques = 425 millions \$US /an
- Services sociaux de protection de l'enfant = 14,4 billions \$US /an
- Criminalité et emprisonnements étaient estimés à 55 billions \$US /an

En France, lors d'une analyse de l'ensemble des budgets départementaux de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), il a été confirmé que la dépense a doublé en 20 ans, passant de 2,29 à 5,10 milliard d'Euros (de 1984 à 2004).

Ce sont en réalité, les coûts des prestations et en particulier des placements (70% de la dépense totale), qui sont à l'origine de cette augmentation de dépenses. En effet, le nombre de bénéficiaires de l'ASE n'a que très peu progressé et le nombre d'enfants placés a diminué (ODAS, 2005).

1.5 SUR LE PLAN INTERNATIONAL

1.5.1 La Convention Internationale des Droits de l'Enfant

Préparée pendant dix ans par des représentants de diverses sociétés, cultures et religions, cette Convention Internationale a été adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies, le 20 Novembre 1989. Depuis, 193 pays dont la France en 1990, l'ont ratifiée et tous s'engagent depuis, à remettre un rapport périodique sur l'application de la convention. Actuellement seuls les Etats-Unis et la Somalie n'ont pas encore signé (UNICEF, 2006).

L'article 19 de la convention interdit toutes formes de maltraitance « *les états partis prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toutes formes de violences, d'atteintes ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandons ou de négligences, de mauvais traitements ou d'exploitations, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié* ».

Cette loi reconnaît aux enfants des droits fondamentaux, qui sont aux nombres de dix (MOREAU, 2000; IUFM-CENTRE DE BONNEVILLE, 2005) :

- 1) Droit d'avoir un nom, une identité, une nationalité
- 2) Droit à la santé et à l'accès aux soins
- 3) Droit de ne pas faire la guerre et d'être protégés en cas de conflit, d'avoir un refuge, d'être secourus
- 4) Droit à une alimentation suffisante et équilibrée

- 5) Droit à une éducation
- 6) Droit d'avoir des parents, une famille, d'être entourés et aimés
- 7) Droit à l'égalité et à la non-discrimination
- 8) Droit d'être protégés de toutes les formes de violence et d'exploitation
- 9) Droit de s'exprimer, d'avoir un avis et de le donner, d'être écouté, de pratiquer sa religion
- 10) Droit aux loisirs, aux jeux

Cette convention représente une référence internationale majeure en matière de Droits de l'Enfant, mais pour autant, rien n'est réglé et beaucoup reste à faire

1.5.2 Quelques chiffres dans le monde

1.5.2.1 Situation des pays « développés » comparable à la France

Au Canada :

En 1998, ouverture de 135.573 enquêtes sur la maltraitance d'enfants soit environ 21 enquêtes/ 1000 enfants.

Dans 2/5 des cas, la cause était la négligence, puis la violence physique dans 31% des cas, suivi de 19% de violences psychologiques. La dernière cause était les violences sexuelles (TROCME et coll, 2001; DE VALCK, 2005).

En Belgique

En 2004, enregistrement de 6093 signalements de maltraitance d'enfants soit 17 signalements / jour.

Dans 1/5 des cas, il s'agissait de violences physiques et dans 16%, des cas d'inceste (DE VALCK, 2005).

Aux Etats-Unis :

En 2001, 47 enfants/1000 sont soupçonnés d'être victimes de mauvais traitements.

La première cause est la violence physique (55%).

Environ 3000 enfants meurent chaque année à la suite de violences physiques répétées.

En 1996, 77% des victimes avaient moins de 5 ans dont 45% n'avaient pas 1 an.

En 1999, 11000 enfants sont morts par maltraitance avec comme principale cause, la négligence (CAMDESSUS et coll, 1998; TSANG et coll, 1999).

En Allemagne :

Chaque année, 6 nouveaux-nés/1000 sont gravement blessés par des violences physiques au point que ¼ décède ou souffre de séquelles irréversibles.

Une étude a montré que sur les 700.000 naissances/an dans le pays, il y aurait (TROCME et coll, 2001; DE VALCK, 2005) :

- 70 nouveaux cas de Phénylcétonurie
- 350 nouveaux cas de Mucoviscidose
- 4000 enfants victimes de violences physiques graves
- 13000 enfants victimes d'abus sexuels

1.5.2.2 L'ampleur mondiale du problème selon l'OMS

En 2006, l'ONU conclut dans un rapport que « *pour de nombreux enfants, la violence fait partie de la routine, de la réalité quotidienne* » (UNICEF, 2006).

La maltraitance des enfants est un problème mondial, ancrée dans les pratiques sociales, économiques et culturelles.

Il est cependant difficile d'obtenir des données exactes et statistiquement significatives sur les mauvais traitements envers les enfants.

Deux explications peuvent être données :

- peu de statistiques officielles dans certains pays car sujet encore trop souvent tabou et non reconnu par les autorités.
- différences entre les définitions juridiques et culturelles de la maltraitance d'un pays à l'autre.

Selon le rapport mondial de l'OMS sur la violence et la santé en 2002 (OMS, 2002) :

- 53000 enfants entre 0 et 17 ans ont été victimes d'homicide.
- 150 millions de filles et 73 millions de garçons ont subi des violences sexuelles.
- 60% des enfants d'Europe et d'Asie centrale déclarent être victimes de violences à domicile de la part de leurs parents ou des personnes qui sont censées prendre soin d'eux.

1.5.3 Délicat problème des cultures, rites et religions

Quelle que soit la culture à laquelle on appartient, il y a toujours la possibilité de « légitimer » la violence exercée à l'encontre de l'enfant par une idéologie ou une croyance (VANTHOURNOUT, 2005).

Dans certaines tribus primitives, « brûler » un enfant au visage est une marque de respect et le contraire est blasphème.

Dans d'autres, le « guérisseur » du village utilise le feu comme méthode de soin. Des objets brûlants sont placés sur la zone à traiter afin de chasser les mauvais esprits. Un traitement certes bien intentionné mais inapproprié (ROSE, 1986).

Au Magreb, châtiments corporels et corrections physiques sont des pratiques légitimées par l'ensemble de la famille et de la société afin de respecter le principe de « frapper permet de mieux éduquer » ou « les enfants, il faut les dresser tant qu'ils sont petits ». Selon ces traditions, on devient homme lorsque l'on connaît les privations, la douleur et la souffrance (AOUATTAH et coll, 2004).

Dans 77 pays, les châtiments corporels et autres punitions violentes sont approuvés par les institutions comme mesures disciplinaires (UNICEF, 2006).

Que dire des mutilations génitales féminines quand chaque année, environ 2 millions de filles subissent ces pratiques.

L'excision clitoridienne, par exemple, est pratiquée dans 28 pays du monde (Kenya, Sénégal, Guinée, Sierra-Léone, Côte d'Ivoire, Bénin, Ghana, Nigéria, Indonésie, Malaisie...) et touche environ 75 millions de femmes.

L'infibulation des fillettes (suture des grandes et /ou des petites lèvres de la vulve) est pratiquée notamment par les populations des pays d'Afrique sub-saharienne (Somalie, Ethiopie, Erythrée, Djibouti, Egypte, Soudan) mais aussi par celles du Mali, du Yémen, des Emirats Arabes Unis, du Bahreïn, du Qatar, de l'Oman, de la Mauritanie, de l'Indonésie, de la Malaisie, du Pakistan et de l'Inde (IUFM - CENTRE DE BONNEVILLE, 2005 ; WIKIPEDIA, 2007).

En 2006, l'ONU a annoncé que 100 à 140 millions de femmes ont subi des mutilations sexuelles dans leur enfance (UNICEF, 2006).

L'éducation de l'enfant par la sévérité des méthodes pédagogiques n'est pas rare de nos jours, sans que cela implique nécessairement un rejet affectif. Cependant, certains concepts culturels sortis de leurs cadres peuvent parfois servir d'alibi pour des gestes violents et mal intentionnés.

2 DEMARCHE DIAGNOSTIQUE DU CHIRURGIEN DENTISTE

2.1 LA PLACE PRIVILEGIEE DU CHIRURGIEN DENTISTE

2.1.1 La fréquence des lésions crânio-faciales dans la maltraitance à enfant

De nombreuses études montrent que les lésions liés à la maltraitance se retrouvent très fréquemment dans la région crânio-faciale. Nous prendrons pour exemple :

- DA FONSECA et coll (1992) publient une étude dans laquelle 75% des lésions retrouvées chez un enfant victime de violences physiques, se situent au niveau du crâne, de la face, de la bouche et du cou.
- BECKER et coll (1978) montrent que sur les 260 cas d'enfants maltraités physiquement et hospitalisés à l'hôpital pour enfants de Boston, 49% présentaient des lésions à la tête.
- 50% de toutes les blessures suite à une violence physique impliqueraient la tête et le cou (TSANG et coll, 1999).

Les agresseurs se focalisent essentiellement sur cette région. En effet, la bouche représente un fort symbole de communication, de nutrition et d'érotisme.

Le chirurgien-dentiste doit être conscient qu'il est l'un des premiers à entrer en contact avec ces enfants maltraités, il doit donc avoir des connaissances précises de ces lésions.

Contradiction étonnante lorsque l'étude de BECKER et coll, en 1978, révèlent que seulement 0,32% des chirurgiens-dentistes signalent la maltraitance.

Nous sommes, de par notre profession, au premier rang pour constater ces lésions et les reconnaître. Donc, si nous savons les reconnaître, pourquoi ne les signalons-nous pas ?

2.1.2 Pourquoi si peu de chirurgiens-dentistes transmettent l'information ?

Plusieurs explications sont proposées, quant à ce manque de transmission d'informations (DELHEUSY et coll, 2004). Nous en citerons quelques unes :

- la difficulté d'affronter le problème et d'accepter le fait qu'un parent puisse être capable de maltraiter son propre enfant.
- la volonté de respect du secret professionnel et crainte de violer le Code de Déontologie.
- la crainte d'être à l'origine d'une erreur de diagnostic de maltraitance.
- le manque de connaissances des signes cliniques révélateurs de maltraitance.
- la peur des représailles et des retombées négatives sur l'exercice professionnel.

D'autres arguments sont plausibles :

- la crainte de mettre en route une procédure judiciaire complexe qu'il sera difficile de gérer par la suite.
- le manque de connaissances des structures ou organismes à contacter en cas de suspicion de maltraitance.
- l'idée que le médecin généraliste sera plus apte à poser le diagnostic que le chirurgien-dentiste.
- la recherche de pseudo-justifications : « l'enfant appartient aux parents », « libre à chacun d'éduquer son enfant comme il l'entend » ou encore « à chacun sa culture, cela ne nous regarde pas ! ».

Le chirurgien-dentiste est avant tout, un être humain. Le sujet délicat de la maltraitance provoque des émotions qui le perturbent au plus profond de lui. Il est en effet inconcevable que de tels gestes de violence puissent être délibérés.

Il est certes plus facile de nier le problème ou de penser que le traumatisme est le fait d'un accident ou d'un épisode isolé que de surmonter ce sentiment de malaise. L'enfant en danger lui, est victime parfois quotidiennement de cette violence et ce sont des personnes comme nous, chirurgiens-dentistes, qui pourront participer à briser ce secret et protéger l'enfant.

2.1.3 Les signes d'alerte au cours d'une consultation dentaire

Les consultations de maltraitance n'existent pas et les révélations spontanées sont rares au cabinet dentaire. Cependant, lors d'une consultation de routine, nous devons être capable de dépister une situation de maltraitance.

Le diagnostic de mauvais traitements ne repose sur aucun signe spécifique, il faut donc savoir y penser face à certains signes évocateurs.

Le tableau 6 répertorie les différents signes comportementaux de l'enfant et des parents ainsi que les lésions physiques générales et bucco-dentaires qui doivent alerter le praticien lors de la consultation dentaire.

L'ensemble des signes seront repris et détaillés au cours de la thèse.

Il est fort probable que le chirurgien dentiste se trouve confronté au cours de son exercice professionnel à une telle situation. Il doit être capable de repérer certains signes parfois très évocateurs et de prévenir à temps les services de protection de l'enfance. Il doit en aucun cas mener son enquête et encore moins porter un jugement. Il n'a pas à prouver la réalité des faits mais seulement à observer, constater et informer (SOCIETE FRANCOPHONE DE MEDECINE D'URGENCE, 2004).

Figure 6 : Les principaux signes d'alerte au cours d'une consultation dentaire

ASPECT DE L'ENFANT
<ul style="list-style-type: none">• Enfant apathique, replié sur lui-même, anxieux• Enfant sur la défensive, refusant les soins dentaires (introduction d'instruments en bouche)• Hypotrophie staturo-pondérale, troubles (du comportement, somatiques, psychomoteurs)
LESIONS GENERALES
<ul style="list-style-type: none">• Lésions cutanées : contusions, griffures, brûlures, alopecie, morsures...• Localisation inhabituelle aux zones protégées : cou, visage, dos, fesses...• Multiplicité des lésions à divers stades de cicatrisation• Lésions osseuses : fractures non soignées ou multiples, consolidées en position vicieuse• Lésions cérébrales, viscérales, oculaires, nasales
LESIONS BUCCALES
<ul style="list-style-type: none">• Tissus mous :<ul style="list-style-type: none">• Déchirure des freins labiaux ou linguaux (introduction forcée d'un objet en bouche)• Déchirure ou hématome palatin• Diverses plaies, contusions, lacérations et brûlures des muqueuses endobuccales• Lésions infectieuses (infections sexuellement transmissibles)• Tissus durs :<ul style="list-style-type: none">• Fractures corono-radiculaires non traitées entraînant des parulies, cellulites, fistules• Nécroses pulpaires, polycaries, parodontite, infections non traitées (par négligence)• Absence de dent et élimination de séquestres osseux spontanément
CARNET DE SANTE ET ENTRETIEN AVEC LES PARENTS
<ul style="list-style-type: none">• Carnet de santé de l'enfant non tenu à jour : vaccinations anciennes, pas de visite médicale de contrôle, pas de bilan bucco-dentaire• Changement fréquent de médecin généraliste (par peur de reconnaissance des lésions). Les parents maltraitants semblent avoir moins de réticences vis-à-vis du dentiste• Hospitalisations récentes sans réelles explications. Discordance entre l'histoire racontée et les manifestations cliniques, contradictions des parents ou explications vagues et peu convaincantes
SUIVI AU CABINET DENTAIRE
<ul style="list-style-type: none">• Délai important entre le moment du traumatisme et la consultation dentaire• Répétition des rendez-vous en urgence• Absence de suivi des rendez-vous dentaires par la suite et donc impossibilité de définir un plan de traitement

2.2 FACTEURS DE RISQUE DE LA MALTRAITANCE

Les études épidémiologiques, réalisées au cours des dernières décennies, ont permis de mettre en évidence certains facteurs de risque d'apparition de la maltraitance. C'est la multiplicité de ces facteurs au sein d'une même famille qui permettra d'évoquer un risque et non une certitude .

La violence est un phénomène complexe qui relève d'une combinaison de facteurs personnels, sociaux mais également d'une faculté d'adaptation à l'environnement.

Il n'y a donc pas de « portrait-robot » de la famille ou du parent maltraitant mais des personnes potentiellement plus exposées.

2.2.1 Liés aux parents et au contexte familial

Les violences peuvent être commises par toutes les personnes de l'entourage de l'enfant. Cependant, une étude de l'ECI « Etude Canadienne sur l'Incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants » montre que les mères biologiques sont les auteurs présumés les plus fréquemment retrouvées à 60%, puis les pères biologiques à 41%, les beaux-pères à 9% et les belles mères à 3%. Après les parents, les autres membres de la famille représentent 9% des maltraitants (TROCME et coll, 2001).

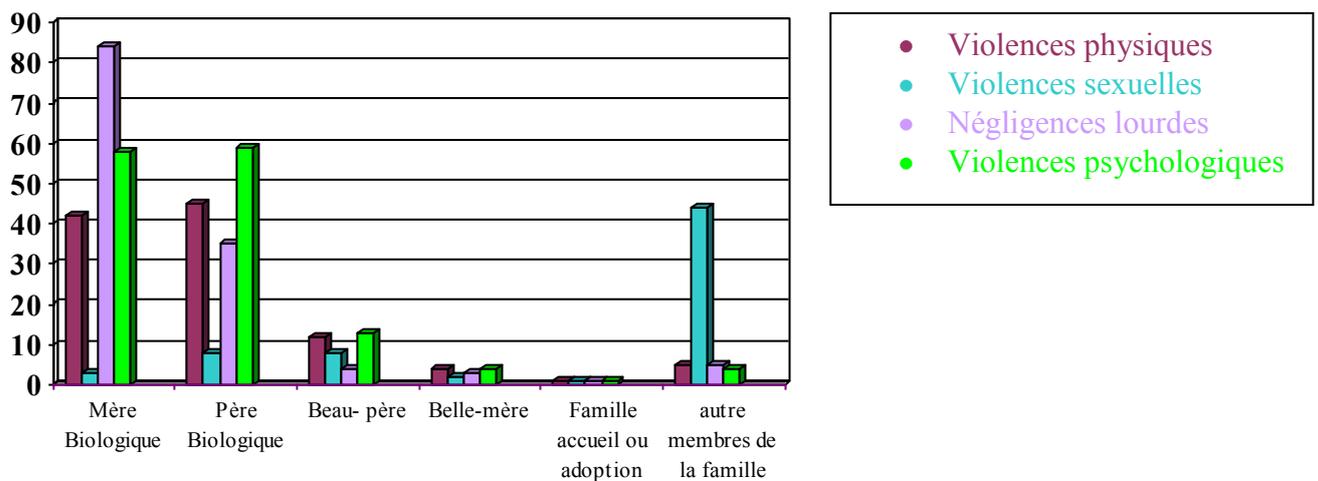


Figure 7 : Auteurs présumés de maltraitance au sein de la famille (Rapport final de l'ECI, 2001).

Nous avons choisi d'énumérer les facteurs de risque les plus souvent retrouvés dans les études sur la maltraitance (VAILLANT, 1997; BADER-MEUNIER et coll, 2004) :

- La situation du couple
 - Famille monoparentale : mère jeune, mère célibataire (un des principaux facteurs de risque).
 - Famille recomposée : présence du beau-père ou de la belle-mère, enfants issus de plusieurs lits, famille nombreuse.
 - Couple en conflit permanent .

- Le déroulement de la grossesse
 - La mère ne désire pas l'enfant : demande d'IVG hors délai légal, grossesse suite à un viol, mère adolescente.
 - La grossesse se complique et entraîne une hospitalisation de longue durée avec risque vital pour la mère et/ou l'enfant.
 - La grossesse fait suite ou se déroule pendant un évènement psychologiquement marquant pour la mère : deuil, survenue d'une maladie, accident, séparation du couple.
 - L'accouchement est long et difficile : altération de la relation mère-enfant dès la naissance.

○ L'histoire des parents

- antécédents de maltraitance ou de négligence dans l'enfance d'un ou des deux parents (maltraitance transgénérationnelle) .
- pathologie psychiatrique sévère (schizophrénie, paranoïa) ou déficience mentale : cette situation est rare (moins de 10% des parents maltraitants) et entraîne surtout des négligences (malpropreté, irrégularité des repas...).
- troubles psychiques chroniques : alcoolisme, toxicomanie, dépression de type mélancolie. Ils entraînent des séquelles plus graves pour l'enfant .
- immaturité affective se traduisant par une intolérance aux pleurs, aux cris ou à certains comportements de l'enfant.

2.2.2 Liés à l'environnement socioculturel

Nombreuses sont les publications qui présentent le facteur socio-économique comme un facteur « arbitraire » car « *la maltraitance existe dans toutes les couches de la société* » (DELHEUSY et coll, 2004; SOCIETE FRANCOPHONE DE MEDECINE D'URGENCE, 2004).

Certes, la violence est universelle et peut survenir dans toutes les familles. Cependant, l'OMS dans son rapport de 2006 soulève le problème: il y a 2 à 3 fois plus de risque de maltraitance dans les classes de bas et moyen revenus que dans les classes de revenus élevés.

L'accumulation de difficultés sociales, économiques ou culturelles augmente statistiquement le risque de maltraitance. Attention tout de même à certaines conclusions hâtives (VAILLANT, 1997).

Parmi ces facteurs, nous citerons (VAILLANT, 1997; BADER-MEUNIER et coll, 2004) :

- La précarité: chômage, RMI, misère.
- Le déracinement culturel ou ethnique: peu ou pas de repères dans la société, incompréhension du reste de la population.
- Le surpeuplement de l'habitat : cohabitation intergénérationnelle, « chambre-dortoir », diminution du seuil de tolérance aux enfants, promiscuité.
- L'isolement social: peu de contact avec l'extérieur, pas de vie sociale pour les parents et pour l'enfant jusqu'à l'âge préscolaire (facteur de risque fréquemment retrouvé).
- La pauvreté culturelle: niveau faible d'éducation où les mots laissent place à la violence comme moyen de communication et de répression.

Selon les données de l'ODAS, les carences éducatives parentales apparaissent dans près de 60% des cas d'enfants signalés et les problèmes économiques n'interviennent que dans 13% des cas.

	Nombre d'enfants	% des enfants
Carences éducatives des parents	57200	59 %
Conflits de couple et séparation	28100	29 %
Psychopathologie des parents	13600	14 %
Dépendance alcool ou autre drogue	11600	12 %
Maladie, décès proche, choc affectif	5800	6 %
Chômage, précarité	12600	13 %
Environnement, habitat	9700	10 %
Errance, marginalité	5100	5 %
Autres	10700	12 %
Nombre d'enfants signalés	97000	

Figure 8 : Récapitulatif des problématiques à l'origine du danger pour l'enfant (ODAS 2006).

2.2.3 Liés aux caractéristiques de l'enfant

Dans les cas de maltraitance, l'enfant est souvent considéré comme « insupportable », « difficile » ou encore « hyperactif » et les parents justifient souvent les blessures par cette hyperactivité.

Une étude des Etats-Unis d'Amérique a réalisé un interrogatoire des agresseurs, afin de recueillir leur sentiment éprouvé suite aux violences dont ils ont été l'auteur. Il est troublant de constater que pour 62,5%, la violence est justifiée. 58,9% ne ressentent aucun remords et 50,7% rendent responsable ou rejettent la faute sur l'enfant... !!! (MOUDEN, 1996).

Voici les mots d'une jeune mère :

“I've waited all these years for my baby, and when she was born, she never did anything for me. When she cried, it meant that she didn't love me; so I hit her ” (MOUDEN, 1996).

(J'ai attendu tant d'années mon bébé. Lorsqu'elle est née, elle n'a jamais rien fait pour moi. Quand elle pleurait, cela signifiait qu'elle ne m'aimait pas, donc je la tapais.)

L'enfant est plus à risque lorsqu'il (VAILLANT, 1997; BADER-MEUNIER et coll, 2004) :

- naît d'un adultère, d'une grossesse non désirée.
- ne correspond pas au sexe souhaité ou ne ressemble pas à l'enfant imaginé par la mère.
- naît prématuré ou d'une gémellité.
- est séparé précocement et longtemps de sa mère pour diverses raisons .
- naît avec un handicap physique ou mental, une maladie chronique.
- est un « enfant de remplacement » (grossesse multiple ou grossesse précédente non aboutie, décès de l'aîné).
- est atteint de troubles du comportement, de problèmes alimentaires ou mictionnels.
- est en âge préscolaire: l'enfant est vulnérable et dépendant .

Il est encore plus difficile de poser un diagnostic lorsqu'un seul enfant de la fratrie subit des violences.

De plus, il ne faut pas se laisser abuser par les « familles idéales » où tout va pour le mieux .

2.2.4 Le « modèle écologique » de l'OMS

Le rapport mondial sur la santé, présenté en 2006 par l'OMS et l'ISPCAN (International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect), propose un « modèle écologique des facteurs de risque de la maltraitance à enfant ».

Quatre éléments sont à prendre en compte dans l'organisation de la vie de l'enfant et tous s'entremêlent et interagissent les uns avec les autres.

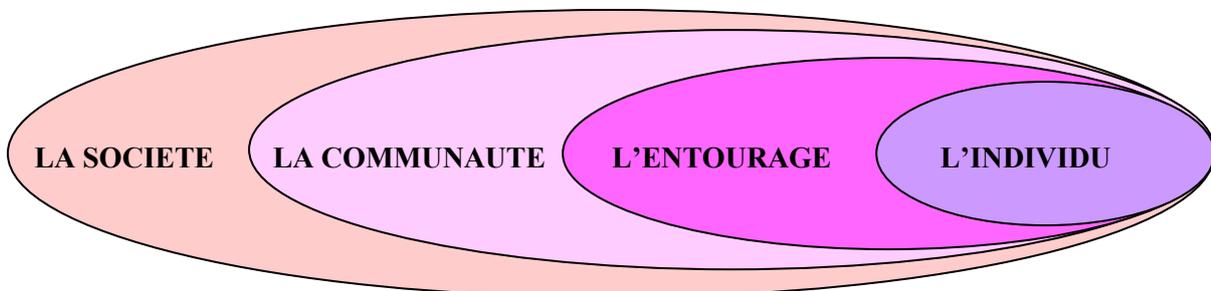


Figure 9 : Modèle écologique des facteurs de risque de la maltraitance (WHO et IPSCAN, 2006).

L'individu : les variables biologiques telles que le sexe, l'âge, l'histoire personnelle peuvent entraîner une susceptibilité individuelle à la maltraitance.

L'entourage : les relations fermées avec les membres de la famille ou les amis proches influencent le risque individuel.

La communauté : le cadre dans lequel les relations sociales s'établissent, tel que le voisinage, le lieu de travail, l'école et les particularités propres à chaque cadre peuvent contribuer à la maltraitance.

La société : les facteurs sous-jacents de la société influencent la maltraitance comme les normes sociales qui encouragent les punitions sévères des enfants, les inégalités économiques et l'absence de bien-être social et de sécurité.

(WHO et IPSCAN, 2006)

La notion de facteurs de risque ne doit en aucun cas être utilisée comme élément de certitude pour poser un diagnostic mais plutôt comme une aide au dépistage de certaines situations. L'addition de facteurs de risque au sein d'une famille augmente la susceptibilité à la violence.

2.3 LES MANIFESTATIONS CLINIQUES DE LA MALTRAITANCE

2.3.1 Signes évocateurs de maltraitance

« Si aucune lésion prise isolément n'a de caractère spécifique, c'est devant leur association, leur forme, leur siège, leur évolution en corrélation avec l'âge de l'enfant que le diagnostic de mauvais traitements s'imposera ou sera fortement suspecté, quel que soit le milieu »
(AFIREM 1991).

Il n'y a pas de lésion caractéristique de la maltraitance. Cependant, plusieurs éléments doivent faire suspecter une situation de maltraitance: l'âge de la victime, la localisation, le stade de cicatrisation et la forme des lésions. L'association de ces facteurs est révélatrice de violences (HUDSON et coll, 2006).

2.3.1.1 L'âge de l'enfant

Certaines lésions peuvent être évocatrices de maltraitance selon l'âge de l'enfant.

- Les fractures chez le très jeune enfant, avant qu'il ne se déplace seul ou qu'il ne marche, sont souvent signe de maltraitance physique (HUDSON et coll, 2006).
- Le manque de mobilité d'un enfant très jeune ne lui permet pas de s'infliger des coups provoquant des hématomes et contusions (DE VALCK, 2005).
- Chez tous les enfants en apprentissage de marche, il est normal de retrouver des ecchymoses au niveau des zones non protégées (tête, membres...) ou des crêtes osseuses ainsi que des fractures (crâne, côtes, nez, membres) (DALIGAND et coll, 1993).
- Les hématomes oculaires en lunettes (« œil au beurre noir ») chez les enfants de moins de 1 an sont rarement d'origine accidentelle contrairement aux enfants plus âgés où ces lésions sont plus caractéristiques de bagarre à l'école (ROSE, 1986).
- Même remarque pour l'enfant de moins de 2 ans présentant des brûlures. Il n'est pas capable de rentrer seul dans une baignoire ou de tourner le robinet d'eau chaude (AUGUSTIN et coll, 2004).
- Une étude a prouvé que le risque de fracture de la mandibule augmente de 1 à 5% par an jusqu'à l'âge de 15 ans et est donc très exceptionnelle avant l'âge de 5 ans (DARCHE et coll, 1997).
- Les fractures liées à la chute d'un enfant de moins de 1 an sont rares et sont la conséquence de violences dans 50% des cas (HUDSON et coll, 2006).
- Un frein labial déchiré chez un enfant qui apprend à marcher est courant (TSANG et coll, 1999).

Cependant, il est banal de retrouver des ecchymoses chez tous les enfants actifs. Chaque blessure doit être examinée de manière méthodique par le praticien mais ne doit pas déclencher une procédure administrative ou judiciaire sans preuve établie.

2.3.1.2 Localisation inhabituelle des lésions

Tout comme le facteur âge, la localisation des lésions est également caractéristique:

- Les blessures accidentelles se retrouvent préférentiellement sur les crêtes osseuses (menton, front, genoux, coudes) ainsi qu'aux avant-bras et aux tibias. Une ecchymose doit être suspecte lorsqu'elle se localise dans une zone protégée comme le cou, certaines parties du visage, le dos, les fesses, l'aire génitale (ROSE, 1986; LAWRENCE et coll, 1994).
- Les morsures liées à une maltraitance se situent fréquemment au niveau des extrémités (pied, doigt, nez, oreille...) ainsi qu'aux régions fessière, dorsale, abdominale et au visage (DE VALCK, 2005).
- Les lacérations circulaires au poignet, cheville et cou représentent typiquement une contention de l'enfant par des liens.
- La fréquence d'apparition des lésions cutanées liées à la maltraitance se situent, par ordre décroissant sur la face, le tronc, les lombes, les fesses et le cuir chevelu (NOSSINTCHOUK, 1990).

2.3.1.3 Marques de récurrence: multiplicité et stade de cicatrisation des lésions

C'est la multiplicité des lésions ainsi que leurs différents stades de guérison (identifiables par leur couleur) qui font penser à une violence répétée dans le temps (LAWRENCE et coll, 1994; DE VALCK, 2005).

Un enfant, même petit, qui se brûle une fois accidentellement, aura tendance à se méfier et donc à éviter une seconde brûlure.

La chute d'un enfant produisant de multiples lésions dans l'aire cranio-faciale (oreilles, lèvres, muqueuses intra-orales, langue, cou) paraît en contradiction avec les localisations habituelles types genou, coude, front retrouvées dans les traumatismes accidentels.

La coloration d'une contusion et son évolution dans le temps est utilisée pour estimer approximativement le moment de l'agression. Il existe une classification des ecchymoses suivant leur couleur :

Violacé	quelques heures
Bleu foncé	2 - 3 jours
Bleu clair	3 - 6 jours
Verdâtre, jaune	7 - 15 jours
Disparition	3 semaines

Figure 10 : « Classification de Fournier », dates de cicatrisation d'une ecchymose (NOSSINTCHOUK, 1990).

Les contusions de différentes couleurs sur un même corps ne sont pas compatibles avec un même évènement. Attention chez les personnes de peau noire, les ecchymoses et contusions sont beaucoup moins visibles (AUGUSTYN et coll, 2004).

2.3.1.4 La forme des lésions

Certains objets sont reconnaissables par la trace qu'ils laissent sur la peau ou les muqueuses et donc révélateurs de mauvais traitements physiques. Nous proposons une liste, non exhaustive, des différentes marques d'objets, familiers ou non, pouvant être retrouvés sur le corps et le visage de l'enfant en cas de violence (AUGUSTYN et coll, 2004).

- Empreinte de doigts, de la main: agrippement ou gifle violente
- Ceinture ou boucle de ceinture, fouet, semelle de chaussures...
- Cordes, lanière, chaîne: traces de ligature au poignet, à la cheville ou au cou
- Couteau, fourchette, piques à brochettes, cuillère...
- Cigarette: la forme est circulaire, circonscrite et de 7-8 mm de diamètre (HUDSON et coll, 2006)
- Objet brûlant (torchon, fer à repasser...) appliqué sur le visage ou le corps



***Figure 11 : Blessure au poignet provoquée par un lien
(ROSE, 1986)***



***Figure 12 : Brûlure par application
d'une serviette ébouillante
sur le visage de l'enfant
(ROSE, 1986)***



***Figure 13: Lésions de la joue aux bords rectilignes
et surinfectés, suggérant une absence de soin
(ROSE, 1986)***

L'étude de JESSEE S.A. (1995) se base sur 266 cas d'enfants violentés. Dans 32,8% des cas la main ou le poing sont utilisés comme moyen de violence. Puis, par ordre décroissant, il est cité l'eau bouillante, la nourriture chaude, le balai, les dents (morsures), le couteau ou objet tranchant.

En règle générale, les lésions symétriques et rectilignes sont d'origine intentionnelle alors qu'une forme aléatoire a tendance à être accidentelle (AUGUSTYN et coll, 2004).

2.3.2 Les lésions générales de la maltraitance

Ce qui suit représente un véritable atlas de traumatologie. Toutes les lésions citées peuvent être retrouvées dans les cas de maltraitance. L'agresseur n'est pas à cours d'imagination et toutes sortes de lésions peuvent exister.

2.3.2.1 Lésions cutané-muqueuses

Elles sont banales isolément mais amènent à une forte présomption de maltraitance lorsqu'elles se multiplient et se répètent dans le temps. Ce sont les plus visibles et souvent à l'origine de la consultation :

- Contusions: elles représentent les lésions les plus fréquemment retrouvées suite à des actes de violence et peuvent être provoquées par tout un arsenal d'objets. Dans une étude portant sur 266 cas, elles correspondent à 35.4% des lésions (JESSEE, 1995). On les classe en fonction de leur intensité (NOSSINTCHOUK, 1990):
 - Contusion du 1^{er} degré = ecchymose
 - Contusion du 2^e degré = hématome
 - Contusion du 3^e degré = écrasement
 - Contusion du 4^e degré = broiement
- Griffures: les marques sont rectilignes et nettes et localisées à des zones peu accessibles lors d'accident, d'automutilation ou de griffure animale.
- Brûlures: elles sont retrouvées dans 10% des cas de violences physiques. Cependant, il est important de faire la différence entre accident et intentionnalité car les brûlures font partie des accidents domestiques les plus fréquents en raison de l'augmentation des appareils électroménagers au sein des foyers (LENOSKI et coll, 1977; AUGUSTYN et coll, 2004).

Nous distinguons trois types de brûlures (ROSE, 1986) :

- Thermiques :
 - Par contact: ce sont les brûlures de cigarettes, de fer à repasser, de tissus ébouillantés, plaqués sur la peau.
 - Par immersion dans de l'eau bouillante au cours d'un bain. La localisation des brûlures aux pieds, aux fesses et à la paume des mains (en doigt de gants) signe une introduction forcée. Les zones de flexion peuvent être épargnées lorsque l'enfant replie instinctivement ses membres.
- Electriques: l'enfant qui s'électrocute en mettant une prise électrique en bouche. C'est un traumatisme accidentel mais qui relève toutefois, lorsqu'il y a répétition, d'un manque de surveillance de la part des parents et donc d'une négligence.
- Chimiques : introduction forcée d'acides, de produits ménagers caustiques (soude...) dans la bouche de l'enfant ou simple application cutanée.

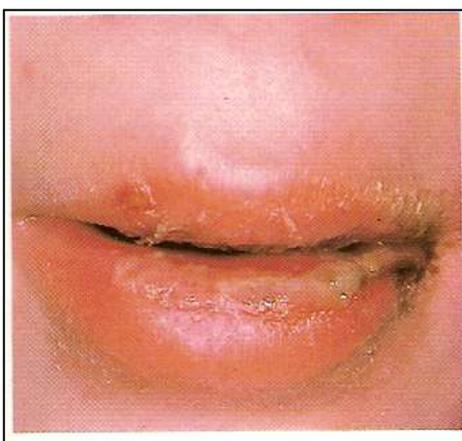


Figure 14 : Brûlure caustique des lèvres (ROSE, 1986)



Figure 15: Brûlure de la main d'un enfant par immersion dans une eau bouillante (forme de doigts de gants) (ROSE,1986)

- Alopécie : zone de raréfaction voire d'absence des cheveux par arrachements provoqués et répétés. On retrouve des zones similaires lorsque l'enfant reste allongé sur le dos de longues périodes par manque d'intérêt des parents (NOSSINTCHOUK et coll, 2004).



Figure 16 : Plaie du cuir chevelu et alopécie en plaque (BORDAIS, 1997)

- Morsures humaine : elles sont localisées à la face et au cou dans 48% des cas et sont visibles dans 65% des cas alors que l'enfant est habillé (MOUDEN, 1998). Une morsure humaine n'est jamais accidentelle et elle est un indice précieux dans l'identification de l'agresseur car elle reproduit toutes les malpositions, absence ou autres particularités dentaires.

Une morsure humaine se caractérise par :

- une empreinte elliptique ou ovoïde des quatre incisives et des deux canines de chaque maxillaire.
- une empreinte particulière des dents :
 - Les incisives sont rectangulaires
 - Les canines sont triangulaires
 - Les prémolaires sont arrondies
- chaque dent pénètre la peau à la même profondeur car elles sont toutes globalement de la même hauteur chez l'humain.

- la distance intercanine varie entre 2,5 et 4,5 cm mais lorsque elle est inférieure à 3 cm, il s'agit habituellement d'un enfant.



Figure 17 : Morsure humaine de forme ovoïde sur l'avant bras du nourrisson (ROSE,1986)

2.3.2.2 Lésions osseuses

L'examen radiologique permettra de mettre en évidence des fractures osseuses, le plus souvent multiples, sans explication valable et consolidées en position vicieuse. Dans 50 à 80% des cas, il s'agit de fracture des os longs (REBUFFAT, 2005). Toute lésion suspecte doit aboutir à un examen complet du squelette, permettant de repérer d'éventuelles fractures d'âges différents.

Une fracture du crâne nécessite un violent traumatisme comme un accident de la voie publique ou des sévices physiques et les conséquences sont plus sévères. On la retrouve chez 15% des enfants battus. A l'examen clinique, il y a peu de signes, mais un changement de comportement de l'enfant doit orienter le diagnostic (refus de marcher ou pleurs au moindre contact) (NOSSINTCHOUK et coll, 2004).

2.3.2.3 Lésions cérébrales :

Les hémorragies méningées et hématomes sous-duraux suite à une fracture du crâne sont les lésions les plus redoutées. Les traumatismes crâniens représentent la première cause de décès d'enfant suite à des violences. 95% des traumatismes crâniens retrouvés chez les enfants de moins de 1 an sont d'origine intentionnelle. Cliniquement, des signes neurologiques sont retrouvés comme des convulsions, des vomissements, une léthargie ou même un coma (AUGUSTYN et coll, 2004).



Figure 18: Hémorragie sous conjonctivale (ROSE,1986)



Figure 19 : collection sous durale liée à la rupture des veines cérébrales suite à un choc ou à des secousses (ROSE, 1986)

2.3.2.4 Lésions viscérales

Elles peuvent se présenter sous forme de perforation, déchirure ou rupture d'un rein, du foie, de la rate, de l'intestin. Elles sont rares (1 à 2 % des cas) et souvent la conséquence d'un violent coup de pied ou de poing. Dans bon nombre de cas, peu de signes cliniques sont présents et lorsque aucun soin n'est prodigué, elles évoluent en silence. Les lésions abdominales sont la seconde cause de mortalité chez l'enfant maltraité avec un taux de décès de plus de 50% (BADER-MEUNIER et coll, 2004; HUDSON et coll, 2006).

2.3.2.5 Lésions oculaires

Elles sont présentes dans plus de la moitié des cas et correspondent à des hémorragies rétiniennes bilatérales, des opacités du cristallin avec une altération quasi constante du fond d'œil. L'hématome périorbitaire ou « œil au beurre noir » est à suspecter chez le petit (NOSSINTCHOUK et coll, 2004; BADER-MEUNIER et coll, 2004).

En aucun cas ces lésions ne sont spécifiques de la maltraitance. Elles peuvent tout aussi bien être diagnostiquées lors d'un traumatisme accidentel.

2.3.3 Les lésions de la sphère oro-faciale à rechercher par le chirurgien-dentiste

La tête est un des sièges de prédilection des lésions chez l'enfant maltraité. Les lésions du crâne représentent 33 %, celle du visage 61 % et les lésions endobuccales sont plus rares mais plus caractéristiques (6 %) (BEKER et coll, 1978).

2.3.3.1 Les principales lésions exo-buccales

Les lésions faciales se répartissent en contusions et ecchymoses (63 %), plaies (28 %), brûlures (3 %), fractures (2 %), morsures (1 %) » (PIETTE et coll, 1995). Nous citerons les lésions les plus caractéristiques retrouvées dans les cas de maltraitance.

2.3.3.1.1 Fracture de la face (VAILLANT, 1997)

- Fracture du massif facial supérieur s'associe à une hémorragie sous conjonctivale, un hématome sous orbitaire et des douleurs.
- Fracture de la mandibule : présence d'un trismus, d'une déviation de l'occlusion, de douleur et d'un œdème de l'angle mandibulaire. C'est la fracture la plus fréquente mais celle-ci nécessite un coup d'une violence particulière.
- Fracture du condyle : elle est rare et présente les mêmes signes cliniques que la précédente. Ce sont les examens radiologiques complémentaires (panoramique, défilé maxillaire, radiographie centrée sur les ATM) qui permettront de diagnostiquer la fracture.

2.3.3.1.2 Lésions nasales (BADER-MEUNIER et coll, 2004)

- Fracture de l'ensellure nasale donnant un aspect de « nez de boxeur » : la destruction du cartilage de la cloison nasale entraîne une dépression du nez allant du léger aplatissement à l'écrasement complet.
- Lyse de la columelle décelable par un léger aplatissement de la pointe du nez et l'apparition d'une fente ou cratère sous nasal.
- Caillot narinaire présent lors de l'examen : c'est un signe largement retrouvé chez le jeune enfant mais il peut être révélateur également d'un traumatisme nasal.

2.3.3.1.3 Lésions oculaires (BADER-MEUNIER et coll, 2004)

- Hémorragie conjonctivale ou rétinienne : souvent la conséquence d'un coup sur l'œil ou plus grave de secousses violentes de l'enfant.
- Hématomes périorbitaires ou « œil au beurre noir ».



Figure 20 : Hématome en lunette d'origine non accidentelle (ROSE, 1986)



Figure 21 : Hématome périorbitaire associé à une abrasion cutanée et un strabisme (ROSE,1986)

2.3.3.1.4 Autres lésions

- Plaque d'alopecie
- Brûlure de cigarette
- Diverses abrasions épidermiques et ecchymoses sur le visage
- Plaie ou œdème labial
- Morsures humaines du lobe de l'oreille, des lèvres, du nez...

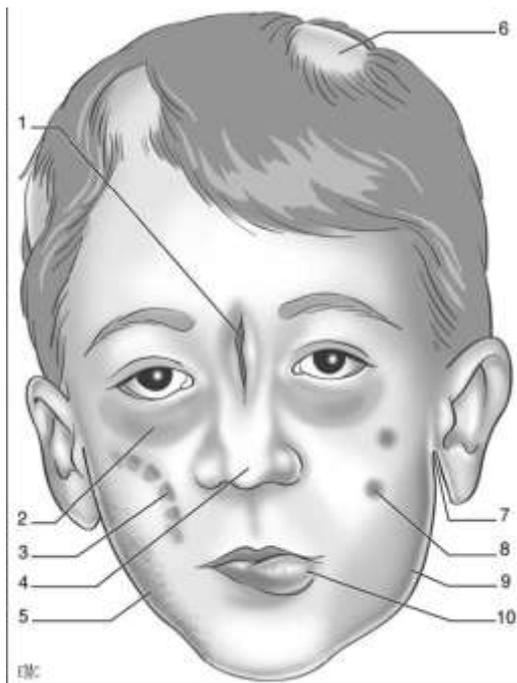


Figure 22: Localisations faciales des principales plaies, blessures, ecchymoses et contusions chez l'enfant battu (NOSSINTCHOUK et coll, 2004) :

1. Fracture de l'ensellure nasale
2. Ecchymose sous-orbitaire
3. Indentation de morsures
4. Nécrose de la cloison nasale « nez de boxeur »
5. Abrasion épidermique
6. Plaque d'alopecie
7. Décollement du lobe de l'oreille
8. Brûlures de cigarettes
9. Oedème sous-angulomandibulaire (fracture de l'angle)
10. Oedème de l'hémilèvre inférieure



***Figure 23 : Fracture ancienne du malaire
et ossification d'un hématome jugal
(BORDAIS,1997)***

2.3.3.2 Les principales lésions endo-buccales et péri-buccales

Selon une étude menée auprès de 155 pédodontistes, les lésions endo-buccales les plus fréquentes sont les fractures dentaires (32%), puis les contusions orales (24%), les lacérations buccales (14%), les fractures mandibulaire, maxillaire et malaire (11%) et enfin les brûlures intra-orales (5%) (MOUDEN, 1998).

2.3.3.2.1 Lésions des muqueuses

- **Déchirure du frein de la lèvre supérieure** : Elle fait suite soit à un coup violent sur la bouche entraînant une traction brutale de la lèvre et une rupture partielle ou totale du frein, soit à l'introduction forcée d'un objet dans la bouche de l'enfant, pour l'obliger à manger (fourchette, cuillère, biberon), à se taire ou par pur acte de cruauté.

De telles lésions surviennent couramment chez le jeune enfant entre 9 mois et 2 ans, lors de l'apprentissage de la marche. Avant 6 mois, l'accident est très rare et après 2 ans, la marche et les réflexes sont suffisamment développés pour éviter des traumatismes, sauf cas

exceptionnels. On considère donc cette lésion comme « pathognomonique » de la maltraitance (WELBURY, 1994; DELHEUSY et coll, 2004; NOSSINTCHOUK et coll, 2004).

- Déchirure, hématome ou pétéchie palatin: lors du bâillonnement répété et violent de l'enfant, par introduction brutale d'un objet, ou lors de violences sexuelles (fellation forcée).
- Lacération des commissures de la bouche par bâillonnement de l'enfant afin de le faire taire ou le punir. Des cicatrices péribucales sont souvent retrouvées.
- Lésions des lèvres : un coup violent porté sur la bouche écrase les lèvres contre les arcades dentaires. Les dents peuvent transfixier la lèvre et un abcès labial peut se déclarer si aucun soin n'est donné.
- Lésions de la langue : lorsque le coup est donné sous la mandibule, la langue se retrouve lésée par la fermeture brutale des deux arcades. On retrouve également des déchirures du frein lingual par traction exagérée de la langue hors de la cavité buccale.
- Plaies, contusions, lacérations et brûlures diverses constatées sur la gencive, le plancher buccal, les joues, les muqueuses, la luette voire les amygdales.



Figure 24 : Traumatisme de la lèvre supérieure chez le nourrisson (ROSE,1986)



Figure 25 : Plaie endobuccale par alimentation forcée (Bordais, 1997)



Figure 26 : Traumatisme facial avec plaies labiales et traumatisme du groupe incisif maxillaire (enfant de 8 ans) (NOSSINTCHOUK et coll, 2004)

2.3.3.2.2 Lésions dentaires

Elles prédominent au secteur incisif antérieur, véritable « pare-chocs » buccal et révèlent le plus souvent un choc direct (coup de poing ou choc contre un objet ou un mur) (ANDREASEN, 1994; DUHAMEL et coll, 2004).

Soit elles sont la conséquence de violences anciennes: nécrose dentaire, racines résiduelles en grand nombre, absence inexplicquée de dent lactéale ou définitive.

Soit elles témoignent de violences récentes :

- Contusion : c'est l'accident banal où la dent n'est pas mobile ni déplacée, il n'y a pas de saignement sulculaire mais l'enfant se plaint à la mastication (atteinte des tissus de soutien de la dent sans déchirure).
- Subluxation : la dent est mobile mais non déplacée et suppose un choc plus violent. Un léger saignement sulculaire est présent et la mastication est également douloureuse (lésion des tissus de soutien de la dent).
- Luxation : déplacement et mobilité de la dent entraînant une gêne à l'occlusion car la dent est « plus longue ». Une douleur à la percussion est présente ainsi qu'un élargissement ligamentaire, visible radiologiquement.

- Intrusion : la dent est enfoncée dans son alvéole. Cliniquement, elle apparaît plus courte sur l'arcade. Elle est douloureuse à la percussion et l'espace desmodontal est réduit à la radiographie.
- Expulsion d'une dent de lait à un âge non physiologique ou d'une dent définitive sans raison valable.
- Fractures : une classification par type de fracture est proposée en fonction de l'étendue des lésions tissulaires :
 - Amélaire
 - Amélodentinaire
 - Amélodentinaire avec exposition pulpaire
 - Coronoradiculaire
 - Radiculaire

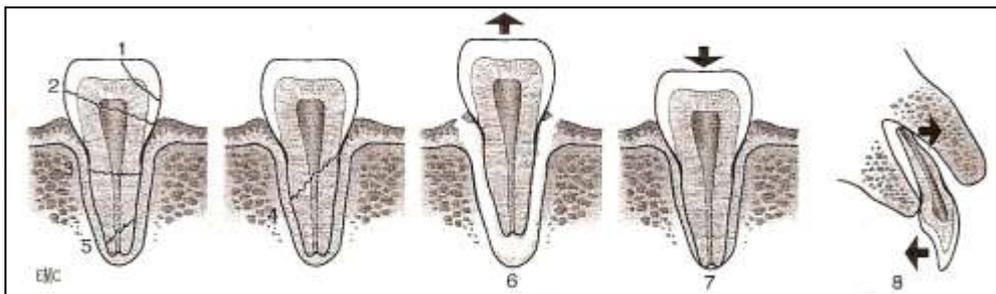


Figure 27 : Schéma des traumatismes dentaires (DUHAMEL et coll, 2004).

1. Fracture coronaire sans atteinte pulpaire ;
2. Fracture coronaire avec atteinte pulpaire ;
3. Fracture radiculaire cervicale ;
4. Fracture radiculaire oblique ;
5. Fracture radiculaire apicale ;
6. Luxation avec égression ;
7. Intrusion ;
8. Luxation avec palatoversion.

Cependant, on retiendra que certains facteurs anatomiques favorisent la survenue accidentelle de traumatisme dentaire :

- la proalvéolie maxillaire: les incisives supérieures sont largement protrusées et donc moins protégées par les lèvres lors des accidents traumatiques.
- l'incontinence labiale marquée, le prognathisme, ou l'encombrement dentaire sont autant de facteurs qui rendent plus vulnérables les organes dentaires lors des chutes.

En pratique quotidienne, les traumatismes dentaires chez l'enfant sont un motif de consultation courant. Il est primordial de compléter l'examen dentaire par un examen complet exo et endobuccal afin de mettre en évidence une éventuelle association de lésions. L'interrogatoire de l'enfant et du parent sera tout aussi important et permettra parfois de lever ou au contraire de confirmer le doute de maltraitance.

2.3.3.2.3 Lésions infectieuses

Elles peuvent être spécifiquement identifiées par le chirurgien-dentiste. Elles sont souvent suite à des violences sexuelles et sont pathognomoniques chez l'enfant prépubère (MOUDEN, 1998). Elles s'accompagnent très rarement d'autres lésions physiques d'où l'importance de savoir les dépister (JESSEE, 1999).

- Lésion gonorrhéale : infection sexuellement transmissible (IST) la plus fréquemment retrouvée lors de violences sexuelles et se localise fréquemment au pharynx.
- Lésion syphilitique : lésion primaire au site d'inoculation (lèvre, langue, muqueuse buccale).
- Condylome acuminé : le Papilloma virus en est la cause et provoque des lésions pédiculées en chou-fleur.
- Infection au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)
- Herpès

Certains auteurs décrivent une triade caractéristique de l'agression sexuelle et physique: (DARCHE et coll, 1997)

- manifestation buccale des IST
- traumatismes labiaux
- pétéchie ou hématome palatin

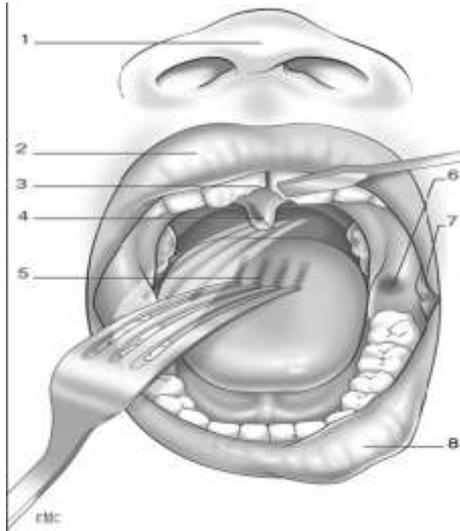


Figure 28 : Principales lésions endo et péribuccales retrouvées en cas de maltraitance (NOSSINTCHOUK et coll, 2004) :

- 1. Nécrose de la cloison nasale « nez de boxeur »*
- 2. Oedème de l'hémi-lèvre supérieure*
- 3. Fracture coronaire partielle (angulaire)*
- 4. Agression potentielle de la luvette*
- 5. Traumatisme lingual par intromission instrumentale*
- 6. Brûlure de cigarette ;*
- 7. Dilacération commissurale*
- 8. Oedème de l'hémilèvre inférieure.*

2.3.4 Comportement de l'enfant maltraité au cabinet dentaire

2.3.4.1 Aspect général et comportemental

L'apparence générale de l'enfant au cabinet dentaire constitue un premier élément essentiel au diagnostic de la maltraitance.

L'enfant ne paraît pas propre, il semble carencé, pâle, apathique, replié sur lui-même. Sa tenue vestimentaire est négligée ou ne correspond pas à la saison (un pull col roulé en été, afin de cacher certaines lésions).

L'enfant montre un attachement excessif au chirurgien-dentiste qu'il ne connaît pas ou au contraire peut avoir une conduite d'évitement par rapport aux adultes en général. Il peut refuser tout contact, ne pas serrer la main ou ne pas dire bonjour (BONNET, 1999).

Durant la consultation, l'enfant reste sur la défensive et refuse de manière inappropriée et incompréhensible toute introduction d'instruments dentaires dans la cavité buccale. Son

agressivité et sa violence sont surprenantes ou au contraire sa soumission excessive perturbe (VETTER, 2002).

La vigilance gelée est une expression particulière de l'enfant maltraité: le regard est fixe, sans expression, dans l'attente et la méfiance d'un éventuel coup. L'enfant reste vigilant, il esquive ni sourire ni pleurs (ROSE, 1986).



Figure 29: Vigilance gelée (ROSE, 1986)

2.3.4.2 Troubles évocateurs de maltraitance (LE HEUZEY, 1997; AUGUSTYN et coll, 2004; VANTHOURNOUT, 2005)

- Troubles du développement : l'hypotrophie staturale-pondérale ou nanisme psychosocial se traduit par une cassure de la courbe du poids et de la taille. Le chirurgien-dentiste peut être alerté lorsqu'il consulte le carnet de santé ou lors du suivi régulier de l'enfant. C'est lorsque l'enfant est protégé et séparé de son environnement familial pendant une période que ce trouble est diagnostiqué par une reprise rapide de la croissance.
- Troubles du comportement : l'enfant se sous-estime, il manque de confiance en lui. Il est triste, apeuré, anxieux ou au contraire hyperactif, agressif et provoquant.

Plus tard à l'adolescence, d'autres signes sont révélateurs tels que des troubles alimentaires (anorexie, boulimie), un absentéisme ou un échec scolaire, des fugues, des tentatives de suicide, un état dépressif, une dépendance à la drogue, une automutilation, une violence extrême.

- Troubles somatiques : conduites régressives (énurésie, encoprésie, langage bébé, succion du pouce), douleurs pelviennes, abdominales, osseuses, vomissements, constipation, troubles du sommeil (réveils nocturnes, cauchemars).
- Troubles psychomoteurs : l'enfant présente un retard des acquisitions psychomotrices comme le tonus, la marche, le langage, les fonctions sphinctériennes.

2.3.4.3 Signes évocateurs d'abus sexuels

L'enfant utilise son corps pour exprimer des choses qu'il ne peut dire verbalement. Ainsi l'énurésie (incontinence urinaire), l'encoprésie (incontinence fécale qui peut être retrouvée dans les cas de pénétration anale forcée), la constipation, les douleurs abdominales, les maux de tête, les prurits génitaux et le retard de la puberté chez la jeune fille sont autant de signes qui peuvent être évocateurs d'abus sexuels et que l'enfant somatise inconsciemment (VANTHOURNOUT, 2005).

Les troubles du comportement sexuel sont également des indicateurs d'agression sexuelle. L'enfant a un comportement séducteur face aux adultes, il emploie des termes sexuels au cours des conversations qui n'ont pas lieu d'être. A l'école, les instituteurs remarquent une curiosité sexuelle et des connaissances sur le sujet inadaptées à son âge ainsi qu'une éventuelle masturbation compulsive et parfois un exhibitionnisme inhabituel (LAMEYRE, 2001).

Selon certains auteurs, les enfants violentés sexuellement manifestent fréquemment un syndrome de stress post traumatique ou PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) caractérisé par (GAUTHIER, 1994 ; SWAELEN et coll, 2004) :

- des « flash-back » : certaines odeurs ou situations quotidiennes leur évoquent le traumatisme et certains stimuli remémorent l'agression.
- des troubles du sommeil, des cauchemars, un état d'hyperéveil anxieux.
- des comportements d'évitement, des phobies, des amnésies partielles (une volonté d'oublier).

Des simples indicateurs comportementaux ne permettent pas de poser un diagnostic de certitude mais sont une aide au repérage. En effet, les troubles psychopathologiques précités, ne sont pas spécifiques de la maltraitance, car on peut les retrouver chez tout enfant ayant subi un traumatisme quelconque (accident grave, décès d'un parent ou d'un frère...).

Il faut prendre en compte également, la relation parents-enfant, les dires des parents et de l'enfant quant aux lésions ou troubles détectés pour pouvoir éventuellement parler de maltraitance (JESSEE, 1999).

2.3.5 Importance de l'entretien

2.3.5.1 Avec l'enfant

L'enfant victime de violences a besoin d'être écouté, compris et réconforté. Le but de l'entretien n'est pas d'interroger l'enfant jusqu'à ce qu'il avoue, mais plutôt de le laisser se confier s'il en a envie.

L'OMS et l'IPSCAN proposent, dans leur rapport de 2006, un ensemble de bonnes pratiques à respecter lors de l'entretien avec un enfant :

- respecter l'enfant en tant qu'être humain.
- éviter certaines réactions de dégoût ou de stupéfaction lors de la révélation : « non c'est pas vrai, mais c'est horrible !! ».

- laisser l'enfant s'exprimer avec ses propres expressions et ne pas le contredire dans son récit « es-tu sûr que ça s'est passé dans ta chambre ? ».
- ne pas utiliser de mots « chocs » qui peuvent renvoyer l'enfant dans son cauchemar : sexe, viol, inceste
- ne jamais forcer l'enfant à parler. Il ne révélera son secret que lorsqu'il se sentira en confiance.
- ne pas obliger l'enfant à montrer ses blessures qui peuvent se situer parfois sur des parties intimes du corps.
- rassurer l'enfant et le féliciter pour son courage : « tu es très courageux de parler de ça », « tu n'es pas seul et cela arrive à d'autres enfants ».
- ne pas lui faire croire des choses que l'on ne pourra jamais faire. Lui expliquer que certaines personnes peuvent l'aider et qu'elles doivent connaître aussi la vérité .
- ne pas accuser les personnes suspectes et éviter tout commentaire à leur sujet : « ta maman est indigne », « tu ne peux pas aimer un père qui te fait ça ».

Il faut beaucoup de courage à la victime pour faire face à ce sentiment de culpabilité, de honte, de peur et pour amorcer les démarches de plainte et de demande d'aide (WHO et IPSCAN, 2006).

2.3.5.2 Avec les parents

C'est au cours de la même consultation que l'interrogatoire des parents, l'examen clinique et l'analyse comportementale de l'enfant s'effectuent.

Cet entretien va parfois permettre de relever certains éléments contradictoires et suspects comme (WELBURY, 1994; BOURRILLON, 1997; JESSEE, 1999) :

- une discordance entre l'histoire racontée par les parents et les manifestations cliniques des lésions.
- des explications peu convaincantes, vagues voire inexistantes.
- des contradictions de récits entre les différents accompagnateurs ou entre l'enfant et le parent.

- une accusation immédiate de l'enfant ou d'un autre membre de la famille par le parent.
- un délai important entre le moment du traumatisme et la consultation dentaire.
- une absence de soins médicaux suite au choc. C'est au cours d'un bilan dentaire de routine que la blessure est révélée.

Généralement, les parents présentent un manque d'intérêt quant aux blessures et aux conséquences éventuelles pour l'enfant et refusent souvent toute hospitalisation ou investigation complémentaire. Ils peuvent au contraire être excessivement présents auprès de l'enfant (comportement retrouvé dans le syndrome de Münchhausen par procuration).

Les parents maltraitants sont souvent repliés sur eux-mêmes, indifférents et leur relation avec l'enfant est altérée avec soumission ou crainte excessive de l'enfant.

Cependant, certains comportements d'adultes peuvent être trompeurs et il est important de ne pas se laisser abuser par (ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, 1997) :

- des parents trop gentils ou séducteurs
- des parents faussement détendus et attentionnés
- des parents avec une situation sociale aisée

Précisons que l'entretien doit se dérouler au calme et les questions ne doivent en aucun cas être accusatrices. Ce n'est pas au chirurgien dentiste de mener l'enquête et de juger l'agresseur. Il doit seulement être capable de dépister une situation de maltraitance et de la signaler aux autorités compétentes.

2.3.6 Documents à recueillir au cabinet dentaire

2.3.6.1 Dossier médical du patient tenu à jour

Lors de l'examen clinique et de l'entretien avec l'enfant et les parents, il est indispensable qu'une tierce personne (assistante, secrétaire ou associé) soit présente à titre de témoin.

L'ensemble des données recueillies doit être consigné dans le dossier . Une description précise de la forme, de l'aspect et de la situation des lésions est mise par écrit et des diagrammes représentatifs peuvent compléter le dossier.

Des empreintes bimaxillaires peuvent éventuellement être conservées avec le dossier.

Les photographies numériques ou argentiques, de bonne qualité devraient être réalisées lors de traumatismes. Le film est perpendiculaire à la surface lésée pour éviter toute distorsion de l'image et une échelle de mesure (règle millimétrée) est posée à côté de la lésion mais sans la couvrir pour enregistrer la taille. Les clichés sont pris en noir et blanc et en couleur (TSANG et coll, 1999; DUANE et coll, 2004).

Des radiographies rétroalvéolaires des secteurs concernés ou le statut rétroalvéolaire complet sont indispensables lorsque le traumatisme implique la sphère buccale. Elles sont d'une aide précieuse car elles permettent de mettre en évidence les fractures dentaires ou osseuses, les déplacements, les atteintes des follicules dentaires, les ankyloses éventuelles (DARCHE et coll, 1997).

Le chirurgien-dentiste peut également prescrire en cas de doute des clichés sous différentes incidences maxillo-faciales et crâniennes : radiographie panoramique, tomographie des ATM, téléradiographie de profil, scanners ou IRM (NOSSINTCHOUK et coll, 2004).

Dans le cadre d'une déclaration de traumatisme, un certificat médical initial est rédigé par le praticien. Aucun texte de loi ne précise l'obligation de délivrance par le médecin ou le chirurgien dentiste de ce certificat. Cependant, il représente pour la victime le premier et parfois l'unique écrit à caractère médico-légal du traumatisme et est donc d'une très grande importance. Ce certificat rassemble toutes les données médicales constatées sur la victime lors de la consultation. En juridiction civile, il permet de proposer une indemnisation la plus juste possible et en juridiction pénale, il contribue à éclairer le magistrat sur la peine encourue par l'agresseur (LABORIER et coll, 2004). Une copie du certificat initial est impérativement conservée dans le dossier médical du patient.

Figure 30 : Exemple de certificat médical initial rédigé par un chirurgien dentiste

Nom du chirurgien-dentiste

Qualification [Chirurgien-dentiste, spécialité]

Adresse professionnelle

Numéro d'identification

Je soussigné, Dr [nom du chirurgien-dentiste], **certifie avoir examiné le** [date et heure] , **l'enfant** [nom et prénom], **né le** [date de naissance], **et demeurant au** [adresse complète]. **Il était accompagné de** [nom de l'accompagnateur], **né le** [date de naissance] **et demeurant au** [adresse de résidence]. **L'enfant m'a dit avoir été victime** [raconter l'accident : circonstances précises, lieu, date, heure].

J'ai constaté :

• **à l'examen clinique exobuccal et endobuccal**

- Décrire toutes les plaies en rapport avec l'accident, les mobilités dentaires, les avulsions, les fractures etc...
- Nommer les dents en toutes lettres (ex : la 12 = l'incisive latérale supérieure droite)
- Faire un schéma si besoin
- Tout noter et ne pas minimiser certaines lésions qui paraissent anodines

• **à l'examen radiographique :**

- Décrire les fractures alvéolaires, osseuses, radiculaires
- Décrire l'état de maturation dentaire (apexogenèse en cours) et les éventuelles lésions de germes dentaires

• **à l'examen clinique général :**

- Décrire l'ensemble des lésions corporelles remarquées (taille, couleur, localisation, nombre...)
- Décrire éventuellement le comportement de l'enfant lors de la consultation

Le traitement d'urgence a consisté en ... [description : contentions, remise en place dent avulsée, extraction etc...]

Il convient de faire des réserves en ce qui concerne le devenir des dents traumatisées ainsi que les conséquences esthétiques et fonctionnelles.

Sous réserve de prolongation, l'ITT (absence à l'école) sera de

Certificat remis en main propre à [nom des parents, en général], **pour faire valoir ce que de droit.**

L'examen a eu lieu, le ... [date et heure], **à ...**[lieu de l'examen]

signature du praticien

L'ITT ou Incapacité Temporaire Totale dans le cas d'un mineur correspond à l'incapacité d'accomplir les activités quotidiennes habituelles (sport, école, s'habiller le matin ...).

2.3.6.2 Les examens complémentaires

Les examens complémentaires cités par la suite sont réalisés en milieu hospitalier ou après avoir contacté et demandé l'avis du médecin généraliste. Ils nécessitent obligatoirement la coopération du ou des parents :

- un bilan d'hémostase (Temps de Saignement, Taux de Prothrombine, Temps de Céphaline Activée, Numération Formule Sanguine) afin d'écarter le diagnostic de pathologie sanguine (AUGUSTYN et coll, 2004).
- une « étude osseuse roentgenologique », recommandée par certains auteurs américains, en cas de suspicion de maltraitance physique. Elle est réalisée en milieu hospitalier et consiste en de multiples radiographies du crâne, thorax, os longs, main, pied, pelvis. Les clichés sont refaits à 7 ou 10 jours afin de mettre en évidence d'éventuelles lésions de cicatrisation, calcification, déplacements non dépistés sur les premiers clichés.
- un scanner de la face et/ou un examen ophtalmologique (fond d'œil) (AUGUSTYN et coll, 2004).

2.3.6.2.1 Cas particulier des morsures

Ce sont des lésions courantes puisqu'elles représentent environ 12% des blessures faciales repérées dans les cas de maltraitance (DARCHE et coll, 1997).

Une analyse minutieuse des morsures et de la denture va permettre d'identifier l'agresseur. La procédure d'analyse suit des protocoles précis, décrits dans les directives de l'American Board of Forensic Odontology (DE VALCK, 2005 ; ABFO, 2007).

Plusieurs étapes de diagnostic sont à valider :

- S'agit-il d'une morsure ? : c'est la partie la plus difficile car il n'est pas toujours aisé de faire la différence entre une morsure et une blessure laissant des traces. Toujours vérifier la concordance entre l'histoire et la morsure.
- S'agit-il d'une morsure humaine ? certaines caractéristiques spécifiques telles que la forme (ovale ou circulaire) et la taille de la morsure, la présence de différentes formes de dents et les localisations préférentielles seront de bons indicateurs pour pouvoir faire un diagnostic différentiel entre morsure humaine ou animale.
- S'agit-il de la morsure d'un adulte ou d'un enfant ? La taille de l'arcade dentaire, la largeur des dents antérieures et la distance de canine à canine sont à enregistrer. Par exemple, la distance intercanine fait moins de 3 cm chez l'enfant.
- Quel est l'auteur de la morsure ? une analyse comparative approfondie est nécessaire entre la morsure et la denture des auteurs potentiels, afin d'aboutir à l'identification finale.

Des photographies de la morsure peuvent être réalisées, selon les règles énoncées au paragraphe précédent. L'enregistrement par une empreinte, de la morsure, avec un matériau d'impression (polyvinyl siloxane) est également possible lorsque celle-ci présente des indentations en relief. Le modèle en 3 dimensions de la lésion est à conserver pour d'éventuelles investigations ultérieures (DUANE et coll, 2004; KELLOGG , 2005).

Ce sont des procédures complexes qui demandent des connaissances médico-légales spécifiques et que le chirurgien dentiste n'est pas à même de réaliser en cabinet dentaire. Ces examens plus spécifiques sont réalisés par les chirurgiens-dentistes experts.

2.3.6.2.2 Cas particulier des agressions sexuelles

En cas d'agression sexuelle avérée, plusieurs tests et prélèvements sont à réaliser dans un but médico-légal (identification génétique de l'agresseur) et médical (évaluation de l'état de santé de la victime) (SECRETARIAT D'ETAT A LA SANTE ET AUX HANDICAPES, 2000) :

- recherche d'infections sexuellement transmissibles par prélèvements sanguins ou locaux (gorge, urine, vagin...).
- dépistage d'une éventuelle grossesse.

- prélèvements en vue d'analyses génétiques: sperme , salive, cheveux, poils, ongles de la victime (en cas de griffure).

Il est évident que le chirurgien dentiste n'intervient plus à ce stade du diagnostic, Il laisse ce rôle aux médecins généralistes et spécialistes pour la suite des examens.

C'est bien le résultat d'un travail d'équipe pluridisciplinaire qui permettra de mettre à jour des situations de maltraitance.

2.4 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

2.4.1 Ostéogenèse imparfaite

Nous traitons séparément cette pathologie en raison des erreurs de diagnostic survenues ces dix dernières années en France et qui ont défrayées la chronique. Ce n'est pas tant pour le nombre de cas mais plutôt pour la gravité des conséquences engendrées par ces erreurs médicales et judiciaires que nous évoquons cette pathologie

En France, environ 70 nouveaux cas d'ostéogenèse imparfaite (OI) sont répertoriés chaque année. Il faut distinguer deux formes principales.

2.4.1.1 La maladie de Porak et Durante

Elle est diagnostiquée dès la naissance et est caractérisée par :

- une micromélie : les membres sont courts, déformés et incurvés.
- un ramollissement et un élargissement de la voûte du crâne.
- une multiplicité des os wormiens sur une radiographie du crâne.

- un os anormalement clair et un amincissement des corticales .
- des côtes souvent porteuses de calcs et un thorax étroit.
- une transparence excessive de l'ensemble du squelette : fragilité du squelette plus ou moins importante en fonction du degré de sévérité de la maladie.
- des troubles sévères de la croissance staturo-pondérale.
- peut être associée à une dentinogenèse imparfaite, à une surdité et à la présence de sclérotiques bleues.

Le degré de sévérité de la maladie est variable. Certaines formes sont incompatibles avec la vie (MAROTEAUX, 1982).

2.4.1.2 La maladie de Lobstein ou ostéopsathyrose

Elle est découverte plus tardivement au moment de l'acquisition de la marche et est caractérisée par :

- des fractures à répétition suite à des traumatismes minimes voire parfois ignorés.
- une déformation des fémurs « en crosse » et des tibias « en lame de sabre » lié à la malléabilité anormale des os.
- une transparence excessive des os longs, un amincissement des corticales.
- une réduction de la hauteur des vertèbres, une multiplicité des os wormiens.
- une hyperlaxité ligamentaire se traduisant par des entorses et des luxations   répétitions.
- des troubles de la croissance staturo-pondérale.
- peut être associée à la teinte bleutée des sclérotiques et /ou à une surdité.
- une dentinogenèse imparfaite peut également être présente . Elle intéresse alors plus souvent la dentition temporaire et entraîne un aspect jaune et translucide des dents.

Avec le temps, la maladie se stabilise et les fractures tendent à s'espacer à l'âge adulte (MAROTEAUX, 1982).

30% des cas d'OI soit 20 enfants /an en France présente une forme atténuée de la maladie. Dans ce cas, l'OI est beaucoup plus discrète, les signes cliniques et radiographiques sont minimes, les fractures sont peu nombreuses. Des ecchymoses spontanées, des entorses ou des luxations isolées peuvent apparaître sans qu'aucun autre symptôme puisse faire pencher la balance vers le diagnostic d'OI.

Si le chirurgien-dentiste a un doute, il ne doit pas hésiter à rentrer en contact avec le médecin de famille. Après analyse de la situation, il est parfois nécessaire d'hospitaliser l'enfant afin de poser un diagnostic de certitude. Dans ce cas, l'hypothèse de maltraitance sera écartée après examens complémentaires de l'enfant et la responsabilité des parents ne sera pas mise en cause. Le préjudice moral lié au retrait de l'enfant en milieu hospitalier est alors moindre.

Le cas est différent lorsque le placement provisoire est demandé et qu'une enquête judiciaire est ouverte après signalement de l'enfant (atteint en réalité d'une OI). Les conséquences à long terme d'une information judiciaire sont redoutables pour les parents et pour la relation parents-enfant (MAROTEAUX et coll, 2003; CLAVERT et coll, 2006).

2.4.2 Autres pathologies

2.4.2.1 Pathologies sanguines (ROSE, 1986; NEIBURGER, 1997)

- Hémophilie : touche les garçons et est liée à un déficit de facteurs de coagulation.
- Maladie de Willebrand : diminution du facteur Willebrand de coagulation.

- Thrombocytopénie : diminution du nombre de thrombocytes dans le sang.
- Malformation vasculaire : apparaît dès la naissance et est non douloureuse bien que parfois impressionnante.

Il est important de retenir que ces pathologies sont caractérisées par des hémorragies cutanées et muqueuses et une tendance aux hématomes. Un bilan complet de l'hémostase permettra de poser le diagnostic.



Figure 31 : Maladie hémorragique simulant une ecchymose (ROSE, 1986)

2.4.2.2 **Pathologies osseuses** (ROSE, 1986; NEIBURGER, 1997)

- Maladie d'Albers-Shonberg (os de marbre) : ostéopétrose caractérisée par une hyperminéralisation osseuse et donc une fragilité du squelette.
- Hyperostose corticale infantile : épaissement anormal des corticales entraînant des déformations osseuses.
- L'ostéogenèse imparfaite : (voir paragraphe précédent)

Ce sont les examens complémentaires radiologiques et biologiques qui permettront de poser le diagnostic. Le chirurgien-dentiste ne peut à lui seul dépister ces pathologies. Il peut cependant émettre l'idée pour ensuite laisser les spécialistes poser le diagnostic.

2.4.2.3 **Pathologies cutanées** (ROSE, 1986; NEIBURGER, 1997)

- Impétigo : infection due aux germes staphylocoques ou streptocoques caractérisée par la présence de pustules recouvertes de croûtes jaunâtres.
- Erythème noueux : poussée éruptive de taches violacées, fermes et douloureuses, localisées essentiellement sur les jambes et ressemblant à des ecchymoses.
- Epidermolyse bulleuse : débute par des érythèmes en nappe localisés au visage et extrémités puis évolution en lésions bulleuses par décollement important de l'épiderme (aspect de brûlure).



Figure 32 : Lésion cutanée congénitale ressemblant à une brûlure de cigarette (ROSE, 1986)

- Angiome tubéreux ou naevus muriforme : tumeur bénigne de couleur framboisée, en relief, non douloureuse, doux au contact qui peut s'estomper en plusieurs mois.
- Syndrome toxique staphylococcique cutané : donne un aspect de peau brûlée. La différence est l'absence de douleur mais une altération brusque de l'état général.

Ces pathologies peuvent engendrer des symptômes qui font penser à des sévices par brûlures ou par coups violents (hématomes et ecchymoses).



Figure 33: Syndrome toxique staphylococcique cutané dit des enfants ébouillantés (ROSE, 1986)

2.4.2.4 Pathologies générales (ROSE, 1986; NEIBURGER, 1997)

- Complications cutanées du diabète sucré : elles sont rares, peu connues et entraînent des lésions discrètes, type ecchymoses, au niveau des membres inférieurs.

- Affections chroniques intestinale, pulmonaire ou rénale : la maladie coeliaque, fréquente entraîne un amaigrissement inquiétant. L'enfant semble carencé mais il n'est pas apathique et les rapports familiaux semblent sains.
- Cancer secondaire : certains oedèmes (périorbitaires par exemple) se développent dans la seconde phase de la maladie, entraînant alors un strabisme sévère qui simule les conséquences d'un violent coup au visage.



Figure 34 : Strabisme et hématome périorbitaire secondaire à un cancer (ROSE, 1986)

- Les réactions allergiques alimentaires ou au nickel : entraînent des urticaires sévères par grattage. Le port d'un bracelet ou d'une montre en nickel peut simuler des lésions aux poignets type menottes, corde ou lien .



***Figure 35 : Allergie à un bracelet en nickel
(ROSE, 1986)***

- Trichotillomanie : l'enfant s'automutile en s'arrachant les cheveux de façon répétée. La localisation préférentielle est la région temporo-pariétale et souvent à droite pour les droitiers.
- Morsure animale : si on prend l'exemple du chien, la hauteur des canines est très nettement supérieure à celle des incisives. Si la morsure est légère, seul les quatre pointes de crocs seront visibles. En cas de morsure sévère, les crocs perforent le derme et l'ensemble de la denture est visible. De plus, la forme de l'arcade canine n'est pas biconcave mais en forme de U.



***Figure 36 : Mâchoire de chien (race : Collet)
(Photo personnelle, 2007)***

2.4.2.5 **Carences**

Toute carence nutritionnelle sévère entraîne des lésions cutanées ou osseuses par déformation ressemblant à des brûlures.

2.4.2.6 **Particularités physiologiques** (ROSE, 1986; NEIBURGER, 1997)

- Tâche de naissance ou bleue sacrée : ressemble étrangement à des ecchymoses en cours de cicatrisation, peu ou pas douloureuse. Se référer à l'histoire et aux éventuelles photos antérieures.
- Anomalie congénitale latéro-viscérale : la non fermeture des arcs branchiaux durant la phase de développement de l'embryon laisse une trace non douloureuse au niveau du cou, ressemblant étrangement à un coup de couteau.

2.4.2.7 **Traumatismes accidentels**

L'enfant hyperactif, qui apprend à marcher (entre 1 et 2 ans), qui pratique un sport violent (rugby, hockey, boxe...) ou qui tout simplement vit sa vie d'enfant est susceptible à tout moment de tomber.

C'est au cours de l'entretien avec les parents et avec l'enfant, en confrontant les différents éléments de l'examen que le chirurgien dentiste pourra poser le diagnostic de traumatisme intentionnel ou accidentel.

2.4.2.8 **Automutilation**

Toutes les lésions corporelles citées dans le chapitre précédent peuvent être retrouvées chez un enfant qui s'inflige des mutilations. Seulement, certaines parties du corps sont inaccessibles par l'enfant, surtout s'il est en bas âge. Là encore, l'interrogatoire de la famille

et de l'enfant, ainsi que la prise de contact éventuelle avec le médecin peut révéler un trouble du comportement .

Selon la définition de l'ODAS, cet enfant n'est pas maltraité mais il est tout de même en danger. Avec l'accord de l'enfant et de ses parents, le chirurgien-dentiste peut prévenir des organismes compétents afin de l'aider et de le protéger.

2.5 LES SYNDROMES DE MALTRAITANCE

2.5.1 Syndrome de SILVERMAN TARDIEU

Le premier médecin qui a démontré l'existence de symptômes et de signes cliniques de maltraitance est Ambroise Tardieu en 1860.

Par la suite, Silverman et Kempe, en 1962 reprennent les faits et publient un article sous le nom de « battered-child's syndrome ».

C'est un syndrome « polyfracturaire » dont le diagnostic est posé par la présence (DARCHE et coll, 1997; NOSSINTCHOUK et coll, 2004).

- de signes cliniques témoignant d'une extrême violence de l'agresseur : ecchymoses, hématomes, lacérations, morsures, griffures multiples. Des lésions oculaires notamment chorioretiniennes sont à craindre dans ce type de maltraitance. La liste est évidemment non exhaustive, sachant que « l'imagination des tortionnaires n'a pas de limite » (VAILLANT, 1997).
- de signes radiologiques : l'examen complet du squelette révèle des fractures isolées, d'âges variables et consolidées en position vicieuse du fait de l'absence de traitement approprié. On distingue typiquement des cals osseux, des arrachements

métaphysaires, des décollements périostés, des fractures de côtes et parfois des hématomes sous-périostés dont le pronostic est plus sévère.

Les séquelles sont parfois irréversibles tant sur le plan physique que psychologique.

2.5.2 Syndrome du bébé secoué

Ce syndrome, décrit en 1972 par CAFFEY, se rencontre surtout chez le nourrisson de moins de 1an (CAFFEY, 1972).

A cet âge, le développement musculaire immature du cou ne permet pas de contrer les forces engendrées par les mouvements de va et vient des secousses. Ce sont ces phénomènes d'accélération-décélération qui entraînent une rupture des vaisseaux méningés et induisent alors des hématomes sous-duraux et des hémorragies rétiniennes.

Contrairement au syndrome de Silverman, il est exceptionnel de retrouver des lésions traumatiques visible à l'examen clinique (à moins que la tête de l'enfant ait percuté un objet pendant la secousse). Le seul signe physique décelable est la présence d'une fontanelle bombante (BADER-MEUNIER et coll, 2004; BONNIER, 2006).

Des signes neurologiques sont repérables: vomissement, irritabilité, léthargie et dans les cas les plus sévères, convulsion, perte de connaissance ou coma.

Le pronostic est mauvais tant sur le plan vital que neuropsychique. Les séquelles à long terme, type régression psychomotrice, cécité, anorexie, insomnie, irritabilité, retard staturo-pondéral sont fréquentes (REBUFFAT, 2005).

Des examens complémentaires à l'hôpital sont nécessaires afin de mettre en évidence les signes intra-crâniens.

2.5.3 Syndrome de MUNCHHAUSEN par procuration (SMP)

MEADOW, en 1977, utilise le nom du Baron Münchhausen, célèbre pour ses histoires saugrenues et irréalistes, pour désigner une maladie dont les symptômes et les signes cliniques sont provoqués par le patient lui-même. Par la suite, le terme s'étend aux mères, en général, qui créent de toutes pièces l'histoire médicale de leur enfant afin que celui-ci reçoive des traitements médico-chirurgicaux (MEADOW, 1977).

L'auteur, le plus souvent la mère, exerce une profession en rapport avec l'enfance ou le milieu médical. Ce facteur lui permet d'intégrer facilement l'équipe médicale et de rester à côté de son enfant voire de lui prodiguer des soins durant l'hospitalisation.

Nous citons ci-dessous les signes cliniques les plus retrouvés avec des pourcentages tirés d'une étude réalisée sur 117 cas de SMP (VETTER, 2002; BADER-MEUNIER et coll, 2004) :

- convulsions: fausses allégations faites par les parents (42% des cas).
- saignements provoqués par l'administration volontaire d'anticoagulants, de sang étranger (40% des cas).
- diarrhées induites par la prise de sels ou de laxatifs (15% des cas).
- apnée ou syncopes causées par un étouffement de courte durée (15% des cas).
- vomissements par ingestions répétées de sirop d'ipéca (émétisant) (10% des cas).

On peut également signaler des symptômes comme (VETTER, 2002; AUGUSTYN et coll, 2004) :

- pathologies dermiques imitées par grattage délibéré ou application de produits caustiques.
- hypoglycémie suite à l'injection inappropriée d'insuline .
- falsification des échantillons de laboratoire par adjonction de sang, d'urine ou de fèces étrangers.

L'enfant est alors soumis à de nombreux examens biologiques, radiologiques, médicaux et même parfois chirurgicaux, douloureux et traumatisants.

L'attitude protectrice et anxieuse de la mère envers l'enfant, rend le diagnostic difficile et c'est tardivement qu'il sera posé. Les investigations entreprises sont déjà lourdes de conséquences.

C'est devant la régression des symptômes lors de la séparation mère-enfant que le diagnostic de SMP est évoqué. Cette proximité mère-enfant est à l'origine du terme « par procuration » (BOURRILLON, 1997; VETTER, 2002).

Illustration d'un cas de SMP (ROSE, 1986) :

« Une petite fille de 4 ans inconsciente et en phase convulsive. Les convulsions sont contrôlées et l'enfant est complètement rétablie en quelques jours. Tous les examens sont normaux. Les parents affirment ne posséder comme seul médicament que de l'aspirine qui est rangée dans un placard fermé. L'enfant est de nouveau hospitalisée 2 fois en 8 semaines pour somnolence, incoordination motrice, démarche ébrieuse. Elle guérit rapidement sans séquelle et tous les examens restent normaux. 6 semaines plus tard, elle présente un coma profond et meurt de défaillance cardiaque. On retrouve dans le sang et dans l'estomac des taux élevés d'antidépresseurs. La mère déprimée depuis la naissance d'un autre bébé prenait depuis 9 mois ce médicament ».

2.5.4 Syndrome du biberon (négligence dentaire)

L'American Academy of Pediatric Dentistry définit la « négligence dentaire » comme une absence de recours à un traitement approprié des caries non-traitées ou rampantes, des traumatismes, douleurs, infections ou hémorragies, alors que les parents ont été informés de l'existence de ces pathologies.

Les parents évoquent souvent un sentiment d'ignorance face à l'état de la bouche de leur enfant. Ils doivent être correctement informés par leur chirurgien dentiste, de l'importance des soins dentaires et des éventuelles conséquences pour l'enfant. Si malgré cela, ils ne cherchent pas à traiter l'enfant, dans la limite de leurs possibilités financières, le cas peut être rapporté comme une maltraitance à titre de négligence envers l'enfant (MOUDEN, 1998; KELLOGG, 2005).



***Figure 37 et 38: Syndrome du biberon chez un fillette de 3 ans
(Photos personnelles du Pr FRAYSSE , 2001)***

Deux problèmes récurrents évoqués par les parents :

- aspect pécuniaire: informer des possibilités d'aide financière, des taux de remboursements, du nombre approximatif de séances à prévoir (KELLOGG, 2005).
- intérêt de traiter les dents de lait: seule une information appropriée sur la nécessité de soins dès le plus jeune âge, permettra une prise de conscience des parents (TSANG et coll, 1999).

Les signes cliniques à rechercher au cours d'une consultation dentaire (JESSEE, 1999; KELLOGG, 2005) :

- caries « rampantes » et non traitées, facilement détectables.
- maladies parodontales en cours.
- douleur non soulagée en rapport avec une infection, une hémorragie, un traumatisme de la région orofaciale.
- une éventuelle perte de fonction comme la parole, la nutrition, le rire .
- discontinuité dans les soins dentaires bien que les pathologies soient présentes et clairement expliquées.

Ces problèmes buccodentaires ont très souvent des répercussions sur l'état général de l'enfant et sur sa vie en société. Les conséquences indésirables peuvent affecter l'apprentissage scolaire, les activités sportives et culturelles nécessaires au développement physiologique de l'enfant.

3 PROTECTION DE L' ENFANCE EN FRANCE

3.1 LEGISLATION EN MATIERE DE MALTRAITANCE

3.1.1 La loi du 5 Mars 2007 réformant la protection de l'enfance

3.1.1.1 Les nouvelles références (TSA HEBDO, 2007; MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, 2007)

- Le terme « *enfant maltraité* » est remplacé par « *enfant en danger* ». Le législateur élargit volontairement cette notion afin de justifier, en fonction des cas, la protection administrative ou judiciaire.
- « *La prévention des mauvais traitements* » est désormais modifiée en « *prévention des situations de danger à l'égard des mineurs* ». Sont pris en considération les enfants mis en danger par leurs parents ou un tiers mais aussi les enfants qui se mettent eux-mêmes en danger (fugue, anorexie, TDS...).
- L'art L.221-1 modifie « *des informations relatives aux mineurs maltraités* » en « *transmission des informations préoccupantes relatives aux mineurs dont la santé, la sécurité, la moralité sont en danger ou risquent de l'être ou dont l'éducation et le développement sont compromis ou risquent de l'être* ».

On entend par « information préoccupante », une information de toute nature, y compris médicale, susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque de danger. Elle constitue un motif de préoccupation pour le

professionnel et doit être transmise « sans délai » à la cellule départementale pour évaluation et suite éventuelle.

3.1.1.2 Les nouvelles dispositions (TSA Hebdo, 2007)

C'est davantage une réforme d'organisation que de moyens car elle vise à redéfinir les objectifs de chacun afin d'assurer une cohérence dans les démarches de protection de l'enfance. Elle donne au Président du Conseil général, un rôle central en le chargeant de coordonner les actions menées entre les différents services départementaux.

Cinq points clés sont à retenir :

- La prévention des situations à risque pour les mineurs :
 - une politique plus affirmée de prévention « *des difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives* » (art L.112-3).
 - une implication de la médecine scolaire dans le programme de prévention.
 - une prévention aux moments clés de la vie de l'enfant : prévention périnatale, prévention durant l'enfance.

- Le recueil et le traitement des signalements : réorganiser les procédures de signalement
 - création dans chaque département, d'une cellule de traitement des informations préoccupantes où le recueil, le traitement et l'évaluation de ces informations individuelles peuvent amener si nécessaire à un signalement judiciaire.
 - introduction de la notion de secret professionnel partagé rendant possible le partage d'informations confidentielles entre les professionnels de la protection de l'enfance.
 - amélioration de la formation des professionnels susceptibles de rencontrer des situations d'enfants en danger : « *une formation initiale et continue, en partie commune aux différentes professions et institutions* » (art L.542-1).

- création d'un observatoire départemental de la protection de l'enfance dont le rôle est de recueillir, examiner, analyser les données relatives à l'enfance en danger. Il devra également suivre l'organisation départementale des différents établissements et services de protection de l'enfance et éventuellement soumettre des propositions ultérieures.
- La diversification des prises en charge par :
 - un accompagnement social et économique des familles en mettant en place des techniciens d'intervention sociale et familiale, des aides ménagères, des aides financières.
 - une aide à la gestion du budget familial qui remplace la tutelle aux prestations sociales enfants.
 - une diversification des solutions d'accueil d'enfants : accueil de jour, accueil exceptionnel ou périodique, accueil spécialisé, accueil d'urgence.
- La prise en compte
 - de l'enfant : *« l'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs, ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant »* (art L.112-4).
 - des relations avec la famille: renforcement de l'information et création d'un document intitulé *« projet pour l'enfant »*, permettant de faire le lien entre les services départementaux, les titulaires de l'autorité parentale et l'enfant.
- Un fonds de financement de la protection de l'enfance constitué d'une participation annuelle de l'Etat et d'un versement de la CNAF (Caisse Nationale des Allocations Familiales).

3.1.2 Le dilemme pour le chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste se trouve confronté à un dilemme: obligation de porter secours à personne en danger et obligation de respect du secret professionnel (SELLES, 2003).

3.1.2.1 Le chirurgien dentiste est tenu au secret professionnel

L'article R.4127-207 du Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes (issu du Code de la Santé Publique) indique que « *le secret professionnel s'impose à tout chirurgien-dentiste, sauf dérogations prévues par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du chirurgien-dentiste dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* ».

Le secret professionnel est une obligation de se taire. Il couvre les dires du patient mais également tout ce qui a pu être déduit des dires et des non-dits ainsi que ce qui a pu être observé chez le patient.

Le secret professionnel est **absolu** (bien que des exceptions sont émises par la loi elle-même et que la liste des dérogations s'allonge régulièrement) et **permanent** (car le secret post-mortem doit être respecté sauf dérogations prévues par la loi) (MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, 2002).

3.1.2.2 Le personnel est également assujetti au secret professionnel

L'article R.4127-207 du Code de Déontologie dispose : « *le chirurgien-dentiste doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son travail soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment* ».

Les obligations en matière de secret professionnel sont les mêmes pour l'ensemble des professionnels du cabinet dentaire (chirurgien-dentiste, remplaçant, assistante, secrétaire...).

3.1.2.3 Le partage d'informations

L'article L.226-2-2 de la loi du 5 Mars 2007 indique : « *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 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* ».

Avant cette loi de 2007, le partage d'informations entre les différents services et intervenants de la protection de l'enfant était interdit. Il était cependant toléré par l'autorité judiciaire mais dans bon nombre d'affaire, les parents se retournaient contre ce non-respect de la loi.

Désormais, le secret professionnel est aménagé par la loi et le partage d'informations est autorisé.

Ce partage s'effectue selon des règles strictes et dans l'intérêt de l'enfant et de la famille.

3.1.2.4 La violation du secret professionnel : une infraction pénale

Article 226-13 du Nouveau Code Pénal : « *la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 1500 euros d'amende* ».

Notons que la loi définit le secret professionnel par « une information à caractère secret » c'est à dire des informations connues, apprises ou comprises, relatives à la vie privée des personnes (SELLES, 2003).

3.1.2.5 La levée du secret professionnel

Article 226-14 du Nouveau Code Pénal : « *l'article 226-13 n'est pas applicable dans le cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :*

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations, y compris lorsqu'il s'agit d'atteinte sexuelle, dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;

2° Au médecin qui avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du Procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises ».

Lorsque la victime est mineure, son accord n'est pas nécessaire.

Cette disposition est renforcée par l'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 être victime de sévices ou de privations, il doit, en faisant preuve de prudence et de circonspection, mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger et, le cas échéant, alerter les autorités compétentes s'il s'agit d'un mineur de quinze ans, conformément aux dispositions du Code Pénal relatives au secret professionnel ».*

Le chirurgien-dentiste est donc tenu à une obligation d'action en matière de sévices à enfant mais il doit agir avec « prudence et circonspection ».

Cette facilité de signaler devient-elle une obligation ? Cette une question particulièrement délicate.

L'article 434-1 du Nouveau Code Pénal indique que « *le fait pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, et dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de 3 ans de prison et de 45.000 € d'amende* ».

De plus, l'article 434-3 du Nouveau Code Pénal précise : « *le fait pour quiconque ayant eu connaissance de mauvais traitements ou privations infligés à un mineur de 15 ans 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 est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45.000 € d'amende* ».

En droit pénal français, le viol constitue un « crime » et l'agression sexuelle relève d'un « délit » (voir p.15).

Les dispositions ci-dessus sont générales. Il s'agit donc d'une obligation de signalement qui s'applique à tous.

3.1.2.6 La non assistance à personne en danger

L'article 223-6 du Nouveau Code Pénal dispose : « *Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne, s'abstient volontairement de le faire est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75.000 € d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours* ».

Les praticiens seraient donc soumis à une obligation de fait de signaler les cas de maltraitance d'enfants dont ils ont connaissance.

Toute abstention volontaire du signalement pourraient être constitutive de non-dénonciation de crime et de délit et de non assistance à personne en danger. La sanction serait d'autant plus sévère qu'il s'agit de personnel médical (VAILLANT, 1997).

3.2 ORGANISATION DU SYSTEME DE PROTECTION DE L'ENFANCE

Il existe un double système de protection de l'enfance en France, administratif et judiciaire, qui intervient auprès des « mineurs dont la santé, la sécurité, la moralité sont en danger ou risquent de l'être ou dont l'éducation et le développement sont compromis ou risquent de l'être » (art L.221-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles).

Depuis la loi du 5 Mars 2007, il faut différencier :

- la « *transmission d'information préoccupante* » : ce sont des faits observés, des propos entendus, des inquiétudes sur le comportement d'un mineur qui sont portés à la connaissance des autorités administratives par voie orale (téléphone, entretien...) et/ou écrite (courrier, télécopie...) par quiconque qui en a connaissance.
- le « *signalement* » est réservé à la saisine du Procureur de la République. C'est un document écrit par une personne (souvent un professionnel) ou un rapport rédigé à l'issue de l'évaluation pluridisciplinaire et si possible pluri-institutionnelle lorsque l'enfant est en danger réel et immédiat.

Ce signalement est un document adressé par courrier ou télécopie au Procureur de la République. En cas d'extrême urgence, nécessitant une protection immédiate de l'enfant, le procureur peut être contacté par téléphone dans un premier temps, en exposant brièvement les principaux éléments de la situation. Par la suite, un document écrit et complet sera envoyé (CONSEIL GENERAL D'ILLE ET VILAINE, 1999).

3.2.1 La protection administrative

Le système administratif s'articule autour du Président du Conseil général et de la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes. Il protège l'enfant en risque de danger et requiert le consentement et l'acceptation préalables des parents aux diverses mesures ordonnées.

Le Président du Conseil général représente le pivot de la protection de l'enfance. Les personnes qui sont détenteurs d'une information préoccupante concernant un mineur en danger ou risquant de l'être doivent la transmettre « sans délai » au Président du Conseil général du département de résidence de l'enfant (TSA Hebdo, 2007).

La cellule départementale (pas encore mise en place dans le département de Loire Atlantique) est ensuite chargée de centraliser l'ensemble des données (TSA hebdo, 2007).

Elle est sous l'autorité du Président du Conseil général et joue un rôle de médiateur entre (MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, 2007) :

- Les services départementaux : l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), la Protection Maternelle et Infantile (PMI), et les Services Sociaux de Secteurs (SSS).
- Les juridictions : le Procureur de la République, le Juge des enfants.
- Les professionnels susceptibles d'être en contact avec des enfants en danger : travailleurs sociaux, éducation nationale, professionnels de santé hospitaliers ou libéraux, associations, police, gendarmerie...

Le but est de centraliser l'ensemble des informations préoccupantes concernant des enfants en danger ou risquant de l'être vers une structure départementale unique afin qu'il n'y ait pas de perte d'informations. Celle-ci procède alors à un traitement et une évaluation des informations par les différents membres de la cellule afin d'estimer l'état de danger et préciser les besoins de l'enfant et de sa famille.

La décision administrative est prise suite à la remise du rapport d'évaluation. Il comporte l'ensemble des informations nécessaires à la compréhension de la situation de l'enfant et de sa famille (MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, 2007) :

- le rapport a conclu une absence de danger ou de risque de danger pour l'enfant et dans ce cas, l'affaire est classée sans suite.
- le milieu familial de l'enfant est fragile et il y a un accord passé entre les parents et l'ASE :
 - l'enfant est maintenu dans son milieu familial mais il nécessite une ou plusieurs aides à domicile:
 - intervention d'un travailleur familial, d'une aide ménagère au domicile.
 - versement d'allocations mensuelles.
 - intervention éducative à domicile (anciennement assistance éducative en milieu ouvert): aide et soutien de l'enfant et de sa famille par une équipe éducative, d'une durée de 1 an, renouvelable.
 - l'accueil provisoire de l'enfant en famille d'accueil ou en établissement, est nécessaire en raison de difficultés momentanées de la famille. La durée est de 1 an maximum et renouvelable.
- l'enfant est en danger avéré ou il n'y a plus de collaboration de la part des parents: le Président du Conseil général effectue, sans délai, un signalement à l'autorité judiciaire (au Procureur de la République).

La loi garantit aux personnes ayant transmis une information préoccupante de recevoir un accusé de réception attestant la prise en compte de l'affaire et d'être informées des suites du traitement.

Il est important de noter que l'évaluation de la situation de l'enfant est pluridisciplinaire et si possible pluri-institutionnelle. Une enquête approfondie est réalisée par un ensemble d'intervenants (médecin de PMI, assistantes sociales, psychologues, médecins spécialistes...) et sous la direction du Président du Conseil général. Et ce n'est qu'au terme de cette enquête que les mesures peuvent être prises (FONDATION POUR L'ENFANCE, 2007).

3.2.2 La protection judiciaire

Un signalement judiciaire au **Procureur de la République** peut être réalisé lorsque (TSA Hebdo, 2007) :

- l'enfant est en situation de danger réel (violences physiques graves, violences sexuelles avérées) et nécessite des mesures de protection urgentes.
- des mesures administratives d'aide à l'enfant ont déjà été mises en place mais n'ont pas permis de remédier à la situation.
- la famille refuse l'intervention du service de l'aide sociale à l'enfance ou elle est dans l'impossibilité de collaborer.
- une situation de danger est présumée mais il est impossible de l'évaluer .

Le Procureur de la République décide alors de la suite de l'affaire (GABEL, 2000; MOREAU, 2000; MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, 2007) :

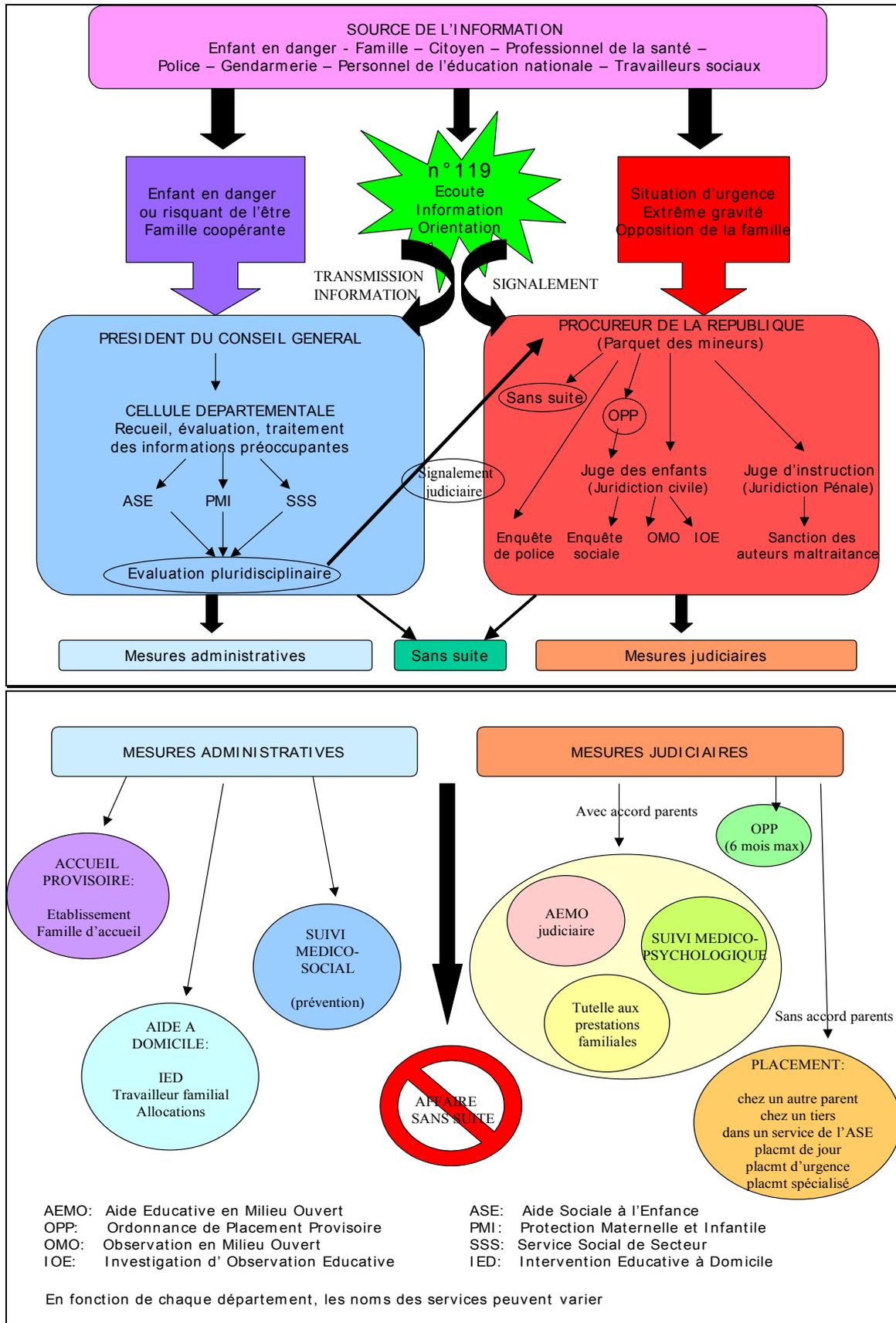
- classement sans suite: l'enfant n'est pas ou n'est plus en danger et aucune mesure de protection judiciaire n'est nécessaire.
- évaluation de la situation en ordonnant une enquête de police ou de gendarmerie ou en demandant un complément d'information auprès des services sociaux départementaux.
- saisine du juge des enfants qui ordonne des mesures d'assistance éducative pour protéger l'enfant .
- saisine du juge d'instruction afin de juger les auteurs des crimes ou délits (tribunal correctionnel).
- ordonnance de placement provisoire du mineur dans les situations d'urgence. Le Juge des enfants est saisi dans les huit jours au maximum et pourra lever le placement ou le confirmer.

Le Juge des enfants met en place des mesures d'assistance éducative à la demande du Procureur de la République mais aussi de l'enfant lui-même, d'un parent ou d'un proche. Il peut également se saisir lui-même.

Il peut d'abord prendre des mesures d'investigation s'il estime qu'il manque des éléments sur la situation du mineur ou de la famille en difficulté. Il demande alors un simple recueil de renseignements socio-éducatifs (délai de 10 jours), une enquête sociale (sur 3 mois), une Observation en Milieu Ouvert ou une Investigation d'Orientation Educative (sur 6 mois). Ce n'est qu'après avoir entendu l'enfant, les parents et les témoins qu'il ordonnera des mesures de protection :

- l'enfant est maintenu dans son milieu familial, à chaque fois que cela est possible : un service ou une personne est désignée et chargée de suivre le développement de l'enfant, d'aider et de soutenir la famille et d'en faire un rapport au juge pour enfants périodiquement :
 - assistance éducative en milieu ouvert judiciaire (AEMO) d'une durée maximum de 2 ans.
 - obligation de consultation de PMI ou de centres médico-psychologiques.
 - tutelles aux prestations familiales : aide à la gestion du budget familial
- l'enfant est retiré de son milieu actuel et placé provisoirement pour une durée maximum de 2 ans. L'autorité parentale est le plus souvent conservée et le juge doit s'efforcer d'obtenir l'adhésion de la famille car il s'agit d'une protection et non d'une punition :
 - placement chez l'autre parent, un autre membre de la famille ou un tiers digne de confiance.
 - placement dans un service départemental de l'ASE.
 - accueil de jour : soutien éducatif dans un établissement sans hébergement.
 - placement provisoire à l'hôpital lorsque l'enfant nécessite des soins d'urgence en cas de carence grave ou de mauvais traitements physiques pendant 72h maximum.
 - accueil spécialisé : pour les enfants ayant des difficultés particulières (handicap...).
- en attendant les résultats de l'IOE ou de l'enquête sociale, le juge des enfants peut décider d'une Ordonnance Provisoire de Placement (OPP) qui est un placement judiciaire de 6 mois maximum, antérieur à l'assistance éducative.

Figure 39 : Le système de protection de l'enfance en France



3.2.3 La « judiciarisation » des signalements

L'enquête de l'ODAS en 2005, consistait à évaluer, parmi les signalements reçus d'enfants en danger, ceux qui ont été transmis à l'autorité judiciaire. Les chiffres parlent d'eux-mêmes, puisque le taux passe de 56% en 2001 à 60% en 2004 alors que c'est le mouvement inverse qui est recherché depuis plusieurs années.

Notre système de protection est confronté à une évolution inquiétante car le recours à la justice n'est pas sans effet pervers. Il provoque une méfiance des familles concernées vis-à-vis des travailleurs sociaux, car un recours direct à la justice fait peur. De plus, les magistrats se trouvent surchargés par les affaires et le résultat en est un ralentissement des procédures et des mesures de protection.

Certaines familles qui ne nécessiteraient qu'une mesure de prévention se retrouvent à l'échelon judiciaire (ODAS, 2005).

La loi du 5 Mars 2007 a voulu insister fortement sur une répartition stratégique des rôles de chaque intervenant afin de permettre une meilleure coordination entre les deux systèmes de protection.

Il sera intéressant d'examiner les taux lorsque les nouvelles dispositions de la loi 2007 auront été mises en place.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Transmissions judiciaires	49000	47500	47500	48000	49000	52000	56000
Suites administratives	34000	36000	36300	37500	37000	37000	39000
Total de signalements	83000	83500	83800	85500	86000	89000	95000
Taux de judiciarisation	59%	57%	57%	56%	57%	58%	60%

Figure 40 : Analyse des transmissions d'information aux autorités administratives et judiciaires sur 7 ans (ODAS, 2006).

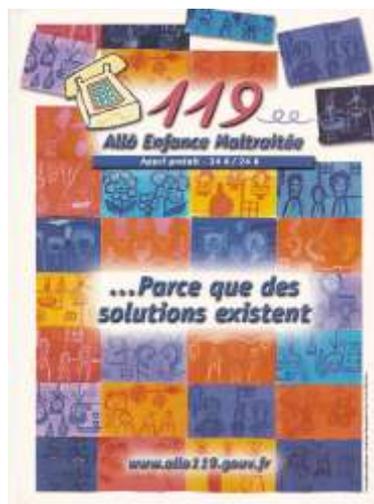
3.2.4 Le Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée : SNATEM

Plus connu sous le nom d' « Allô Enfance Maltraitée » ou par le numéro d'appel **119**, ce service public a été mis en place par la loi du 10 Juillet 1989. Il est financé à part égal par l'Etat et les conseils généraux.

C'est un numéro national, ouvert 24h/24, gratuit et anonyme et dont les missions sont de trois ordres (GIPEM – SNATEM, 2007) :

- conseiller, soutenir et orienter vers des structures locales les personnes confrontées à une situation d'enfant en danger ou victime de maltraitance. C'est d'abord un lieu d'écoute pour les personnes en détresse.
- transmettre les informations concernant les enfants en danger auprès des services des conseils généraux .
- réaliser une étude épidémiologique à partir des données recueillies afin de mieux appréhender l'ampleur et l'évolution du problème de la maltraitance.

Les travailleurs sociaux, médecins de PMI, puéricultrices, psychologues forment une équipe pluridisciplinaire et cherchent les réponses les plus adaptées.



Il est obligatoire d'afficher ce numéro d'appel, dans tous les établissements recevant des mineurs.

Le **0800 559 557** est un numéro gratuit, mis en place pour les déficients auditifs et accessible (uniquement) depuis un minitel dialogue.

3.3 DISPOSITIFS DE PREVENTION DE L'ENFANCE EN DANGER

3.3.1 Prévention générale

« Prévenir le plus en amont possible » afin d'éviter le recours aux mesures de protection qui sont lourdes de conséquences pour l'enfant, la famille et la société (MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, 2006).

C'est le nouvel objectif de la loi du 5 mars 2007 qui élargit son champ d'action en matière de prévention des « difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives » (art L.112-3 du CASF).

Mais seulement 4% de la dépense globale de la protection de l'enfance sont consacrés à la prévention (TSA Hebdo, 2007).

La prévention passe par un accompagnement et un soutien des familles fragilisées en leur proposant des services d'aide à domicile, des parrainages de proximité et des mesures de prévention individuelle à certains moments clés de leur vie de famille :

- la prévention périnatale (par les services de PMI) :
 - un entretien systématique psychosocial au 4^e mois de grossesse.
 - un suivi postnatal à domicile, à la demande des intéressés (à la maternité, à domicile pendant les premiers jours...).

- un bilan de santé pour les enfants de 3 à 4 ans afin de dépister précocement les troubles du développement chez l'enfant (par les services de PMI).

- des visites médicales obligatoires à 9, 12 et 15 ans avec à chaque fois, un bilan de leur état de santé physique et psychologique.

Parallèlement, des actions collectives se développent afin de promouvoir l'environnement social des familles. Les collectivités locales ainsi que les associations proposent aux familles des lieux de soutien, d'écoute, de rencontre et d'accompagnement (crèches, lieux d'accueil parents/enfants, espaces de médiation...) afin de créer des liens de solidarité au sein d'un quartier, d'une ville et éviter ainsi le repli sur soi, l'isolement social qui est un facteur de risque de la maltraitance (MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, 2006; TSA Hebdo, 2007).

3.3.2 Prévention au cabinet dentaire

Les professionnels de la santé ont un rôle central dans la prévention de la maltraitance car ils sont quotidiennement en relation avec les enfants.

Nous proposons un éventail de mesures qui peuvent être prises au sein même d'un cabinet dentaire (TSANG et coll, 1999).

- l'ensemble du personnel du cabinet (praticiens, assistantes, secrétaires) devrait être encouragé à suivre une formation continue afin de connaître et de reconnaître les signes physiques et comportementaux d'un enfant en danger.
- au cours du bilan bucco-dentaire de chaque enfant, le praticien doit rappeler les notions essentielles de l'hygiène dentaire et de l'hygiène alimentaire. Il doit informer de manière claire les parents sur leur responsabilité quant aux soins de leur enfant et les conséquences graves que peut entraîner une absence de soins.
- le carnet de santé de l'enfant doit être consulté au cours de l'examen de routine afin de vérifier les courbes de croissance (poids, taille, périmètre crânien), les hospitalisations antérieures, les traitements en cours, le suivi des visites médicales.. Il doit également tenir ce carnet à jour puisque deux pages sont consacrées aux examens de prévention buccodentaire (à 6 ans et à 12 ans).

- des affiches ou brochures sur la violence ainsi que des documents de référence des organismes départementaux de protection de l'enfance doivent être mis à la disposition des patients dans la salle d'attente.
- le numéro vert 119 « Allô Enfance Maltraitée » doit être affiché dans la salle d'attente.



- lorsque le praticien a un doute face à un comportement particulier, à des signes cliniques de l'enfant, il ne doit pas hésiter à proposer un rendez-vous à l'enfant afin de le revoir et suivre son évolution sur plusieurs semaines. Par la suite, si les signes persistent, il s'entourera de l'avis complémentaire d'autres professionnels de l'enfance (médecin traitant, instituteur, travailleurs sociaux...).

Ces mesures de prévention sont simples et rapides. Elles permettent de sensibiliser la patientèle du cabinet dentaire et l'avertissent du fait, que le praticien et l'équipe soignante sont vigilants et soucieux de ce problème de maltraitance.

4 CONDUITE A TENIR AU CABINET DENTAIRE

4.1 LES CIRCUITS DE SIGNALEMENT

4.1.1 En cas de simple suspicion

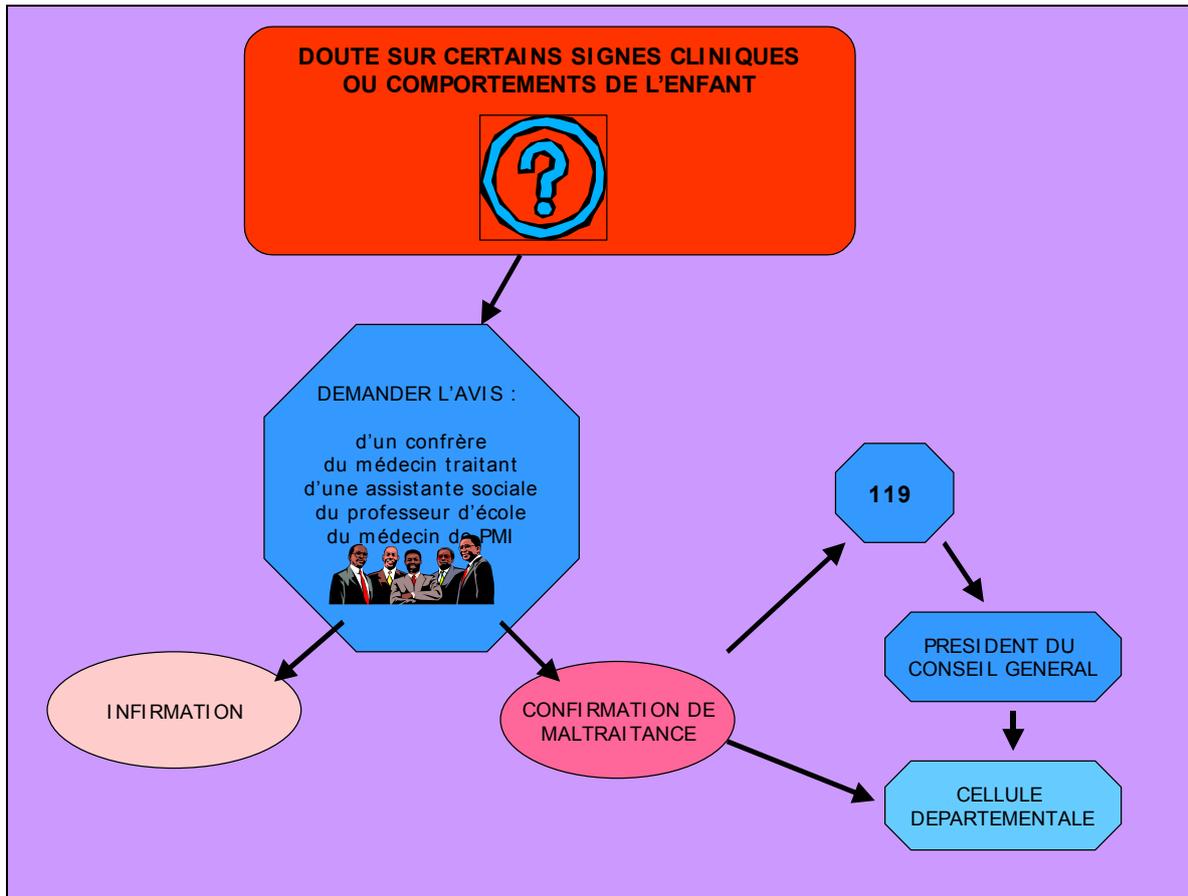


Figure 41: Schéma de la conduite à tenir par le chirurgien-dentiste en cas de doute.

En cas de doute, il est primordial de demander conseil et soutien, sans pour autant se délier du secret professionnel.

Les confrères, le médecin traitant ou le pédiatre qui suivent également l'enfant sont au premier plan pour pouvoir nous informer. Les professeurs des écoles sont aussi à contacter car ils voient l'enfant tous les jours (comportement en classe, avec les camarades, au moment des repas, à la piscine, au sport...). Il faut toujours s'appuyer sur le réseau professionnel qui entoure l'enfant et sa famille.

Lorsque les avis sont convergents quant à la situation de l'enfant, c'est aux autorités administratives de prendre le relais et de procéder à l'évaluation pluridisciplinaire. (RODRIGUES et coll, 2005).

4.1.2 Les faits sont avérés mais il n'y a pas d'urgence vitale

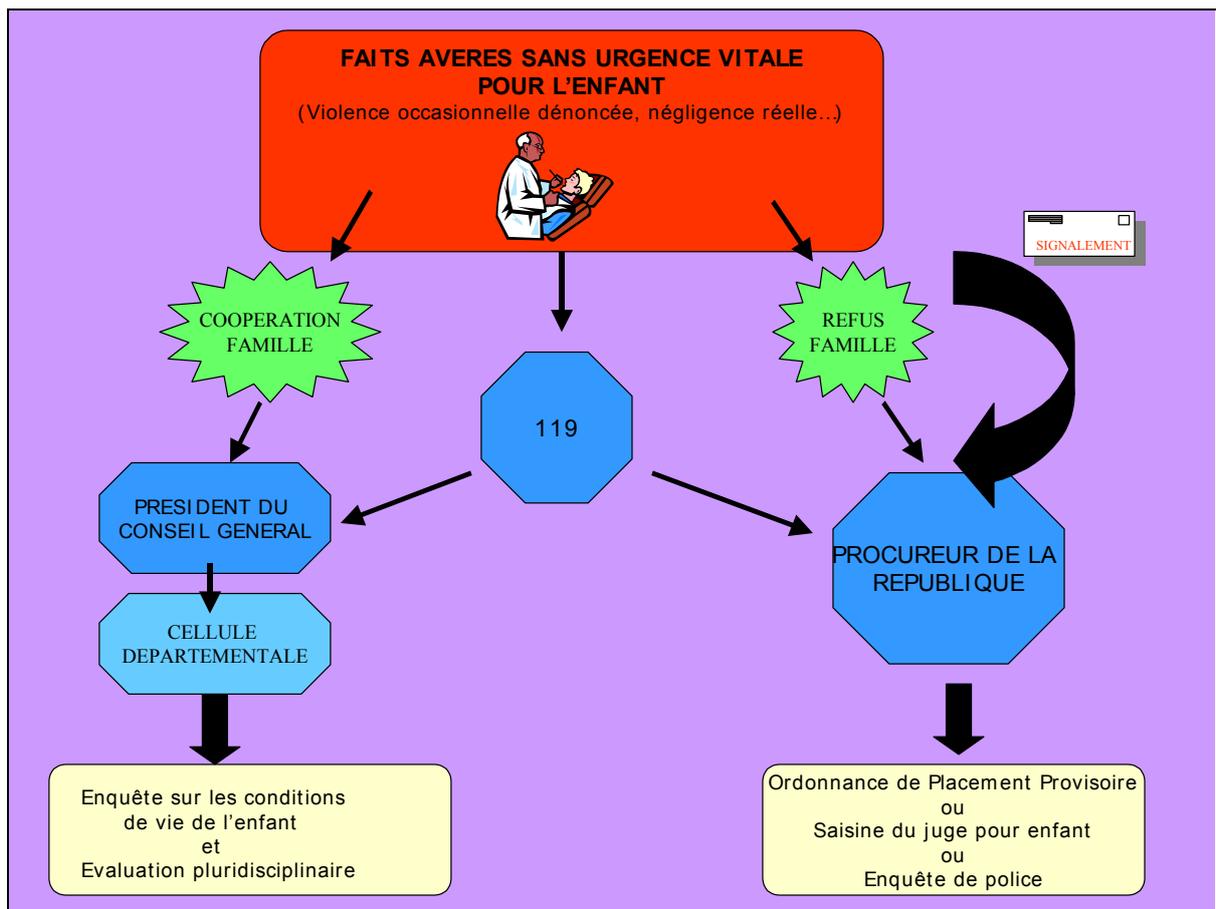


Figure 42 : Schéma de la conduite à tenir par le chirurgien-dentiste en cas de faits avérés, sans urgence vitale pour l'enfant.

- avec l'accord des parents : c'est à l'autorité administrative qu'il faut faire appel afin de déterminer la situation réelle de l'enfant et ses conditions de vie. Le praticien s'adresse soit directement au Président du Conseil Général, soit au 119. Dans les deux cas, l'information sera transmise à la cellule départementale et une évaluation pluridisciplinaire sera mise en route.
- sans l'accord des parents : le chirurgien dentiste doit prévenir le Procureur de la République de la situation de l'enfant.

4.1.3 Danger immédiat / urgence vitale pour l'enfant

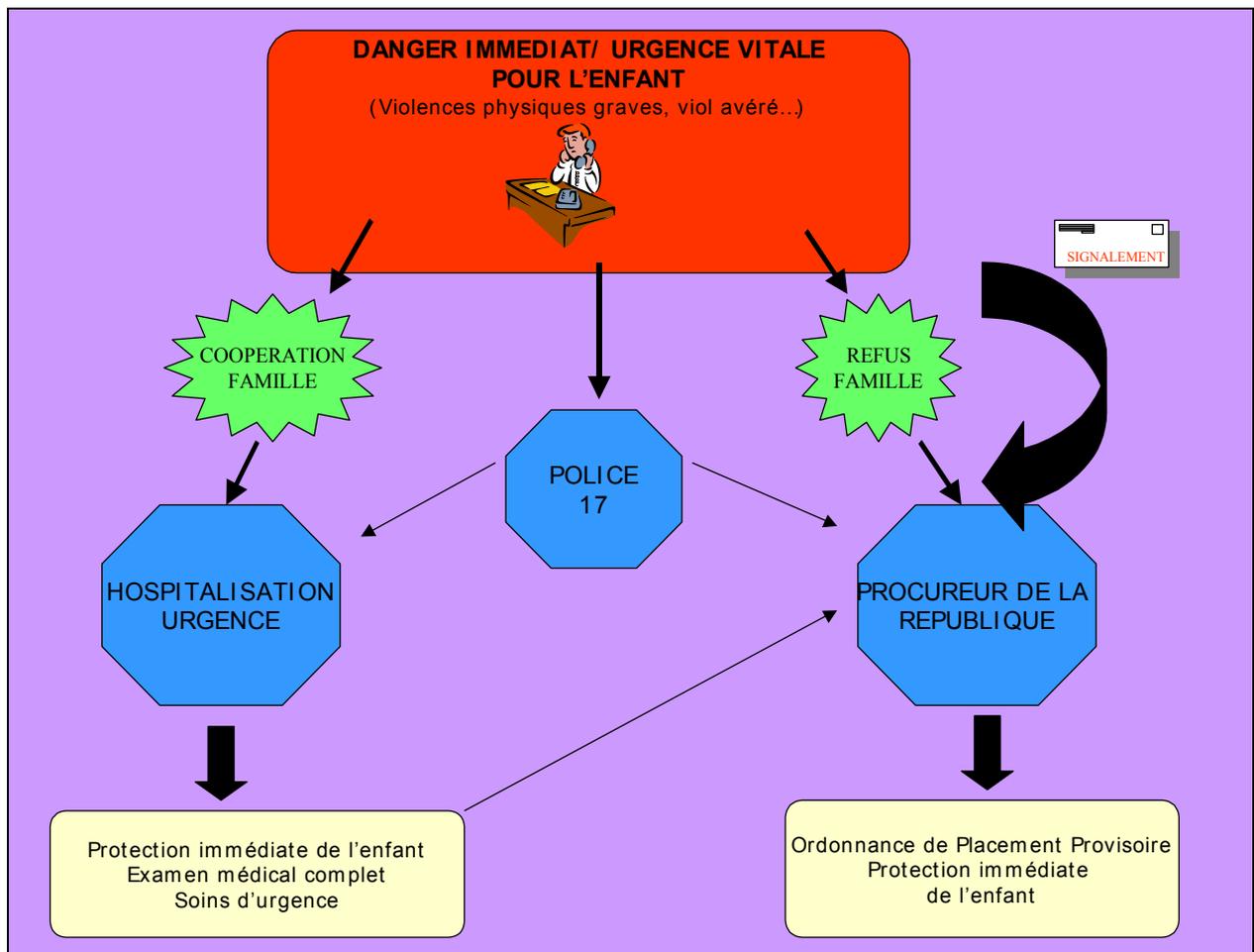


Figure 43: Schéma de la conduite à tenir par le chirurgien-dentiste en cas de danger immédiat ou d'urgence vital pour l'enfant.

L'enfant nécessite une protection immédiate :

- avec l'accord des parents : l'hospitalisation est préconisée et reste la meilleure solution en cas d'urgence car elle permet de protéger l'enfant de son milieu d'agression et de prodiguer les premiers soins médicaux. Par la suite, l'équipe hospitalière effectue l'ensemble des examens cliniques et des examens complémentaires nécessaires. Cependant, le chirurgien dentiste ne doit pas prendre la responsabilité d'emmener seul l'enfant au centre hospitalier. Il appelle soit la police soit directement les urgences qui le prendront en charge.
- sans l'accord des parents : il ne faut pas hésiter à faire appel à la police ou la gendarmerie. Ils n'hésiteront pas à venir au cabinet dentaire et prendront en charge le mineur en danger. Le praticien peut alors téléphoner au Procureur de la République pour le mettre au courant de la situation. Par la suite et sans délai, le signalement écrit lui sera adressé.

Tout n'est pas aussi simple dans la pratique quotidienne et les tableaux ne sont que schématiques. Le praticien peut se trouver dans une situation de faits avérés et pourtant hésiter quant à sa conduite à tenir. Le plus rassurant pour le praticien est de s'entourer d'autres professionnels de l'enfance et de la santé. Par la suite, les démarches paraissent plus simples et plus claires (RODRIGUES et coll, 2005).

4.1.4 En résumé

Au cours de la consultation dentaire, le praticien qui se trouve face à une situation de maltraitance soupçonnée ou avérée, doit systématiquement retranscrire et conserver dans le dossier du patient l'ensemble des signes physiques et comportementaux remarqués. Un certificat médical initial doit être rédigé par le praticien dans le cadre d'une déclaration de traumatisme. Il peut éventuellement prendre des radiographies et/ou des photographies des lésions, si cela est possible. Il doit prescrire des examens complémentaires lorsqu'il le juge utile et consigner toutes ces informations dans le dossier du patient.

Si l'affaire est portée en justice, il faut savoir que ce dossier médical dentaire peut être un élément crucial pour le juge. Au moment de l'expertise, très souvent les lésions corporelles ont disparu et parfois seuls nos examens complémentaires (photographies, certificat, empreintes...) permettent a posteriori de poser le diagnostic.

La notion de danger et de risque de danger est très souvent difficile à évaluer. C'est l'accumulation de signes évocateurs qui peuvent alerter le praticien. Ce dernier ne doit pas hésiter à transmettre une information qui le préoccupe (RODRIGUES et coll, 2005).

4.2 FICHE DE SIGNALEMENT

Au cabinet dentaire, le chirurgien-dentiste peut se retrouver face à un enfant en **situation de danger réel** (violences physiques graves ou abus sexuels avérés) ou **d'urgence vitale** nécessitant une protection immédiate de l'enfant (hospitalisation d'urgence ou ordonnance de placement provisoire). Le praticien doit alors immédiatement avertir le Procureur de la République par téléphone (en composant le 17). Par la suite, un document de signalement écrit et complet lui sera adressé le plus rapidement possible, par fax en général.

Un double doit être conservé impérativement dans le dossier du patient (FONDATION POUR L'ENFANCE, 2007; TSA Hebdo, 2007).

EN PRATIQUE : Le Procureur de la République n'est jamais joignable directement. Le numéro de téléphone à composer pour l'avertir en cas d'urgence est le **17** (Police). Les services de police mettront en relation le praticien avec un officier de police judiciaire ou la gendarmerie. En fonction des déclarations du praticien et de l'urgence de la situation, le Procureur de la République sera avisé sans délai.

Figure 44: Fiche type de signalement

Conseil de rédaction	Fiche type de signalement
<p>Identité lisible du médecin signataire Réalisé après un examen clinique complet Le praticien ne doit décrire que ses propres constatations cliniques.</p>	<p>Nom du chirurgien-dentiste Qualification [Chirurgien-dentiste, spécialité] Adresse professionnelle Numéro d'identification</p>
<p>Coordonnées de l'enfant victime ainsi que de l'adulte responsable de l'enfant.</p>	<p>Je soussigné, Dr [nom du chirurgien-dentiste], certifie avoir examiné le [date et heure] , l'enfant [nom et prénom], né le [date de naissance], et demeurant au [adresse du domicile]. Ses parents sont [noms, prénoms] et demeurent au [adresse du domicile]</p>
<p>Il décrit les dires de l'enfant ou de l'adulte en transcrivant les termes exactes employés (citer les expressions et les dires du patient dans leur intégralité et entre guillemets)</p>	<p>Je porte à votre connaissance les faits suivants : L'enfant [prénom] ou son parent [prénom] me dit qu'il a subi [« des coups, un viol... »], le [date] de la part de [son père, sa mère ...], dans les circonstances suivantes [« description »]. Il se plaint de [« douleurs, gêne fonctionnelle... »] au niveau de [nommer les parties du corps].</p>
<p>Il fait une description précise des lésions cliniques observées chez l'enfant,</p>	<p>Il présente à l'examen clinique des lésions [description précise des lésions] ou son examen clinique ne met pas en évidence de lésions particulières ,sans que cela soit incompatible avec les dires de l'enfant.</p>
<p>Ainsi qu'une description du comportement de l'enfant au cabinet dentaire et pendant la consultation.</p>	<p>Son comportement pendant l'examen est....</p>
<p>Formule de politesse</p>	<p>Je tiens à porter ces faits à votre connaissance, et vous prie de croire, Monsieur le Procureur, à l'expression de mes sentiments respectueux.</p>
<p>Si le document est manuscrit, il doit être lisible, daté au jour de la consultation et signé par le praticien qui le rédige.</p>	<p>Fait à, le [date et heure], pour faire valoir ce que de droit.</p> <p style="text-align: right;">Signature lisible</p>

CONCLUSION

En France, les chiffres sont éloquentes : environ 20000 enfants sont maltraités chaque année, et près de 50% des signes de mauvais traitements sont retrouvés dans la sphère orofaciale.

Le chirurgien-dentiste n'est ni travailleur social, ni juge, ni policier mais il est un des premiers maillons de la chaîne pluridisciplinaire de lutte contre la maltraitance.

En dehors de toute urgence : si le praticien est alerté par certains signes, il doit contacter et s'appuyer sur le réseau de professionnels (médecin de famille, infirmier et médecin scolaire, instituteur...) qui entoure l'enfant afin d'obtenir un avis supplémentaire sur la situation de l'enfant et de sa famille. Par la suite, il transmettra l'information qui lui semble préoccupante aux autorités administratives (n°119, cellule départementale ou directement le Président du Conseil général) qui après évaluation, fera l'objet d'une enquête. Cette transmission de l'information est donc en premier lieu administrative.

En cas d'urgence ou de danger vital pour l'enfant : la protection immédiate du mineur est possible soit par hospitalisation (nécessitant la coopération des parents) soit par signalement au Procureur de la République (lors du refus de coopération de la famille). Ce dernier ordonne alors un placement provisoire pour la protection de l'enfant et diligente les enquêtes nécessaires pour s'assurer de la véracité des faits.

Tout praticien a le devoir d'**informer** et de **prévenir** les autorités compétentes (administrative ou judiciaire) lorsqu'il se trouve face à une situation avérée ou soupçonnée d'enfant en danger.

Les sévices dont les parents sont capables sont parfois incompréhensibles. Mais rappelons que l'objectif premier de la protection de l'enfance est de maintenir l'enfant dans son milieu familial, afin de préserver les liens avec les parents et la fratrie.

« L'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux ou affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant » (art. L.112-4 de la loi du 5 mars 2007).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. AMERICAN BOARD OF FORENSIC ODONTOLOGY (ABFO)**
Bitemark Guidelines.
<http://www.abfo.org>
- 2. ANDREASEN FM et ANDREASEN JO.**
Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. 3ème ed.
Paris: Munksgaard,1994:316.
- 3. AOUATTAH A, DEVEREUX G et DUBOIS C.**
Maltraitance et cultures.
Coordination de l'aide aux victimes de maltraitance. Secrétariat Général, Ministère de la communauté française.
Bruxelles, Décembre 2004.
- 4. ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS.**
Enfants et adolescents victimes de maltraitance : leur prise en charge aux urgences.
Paris : Doin, 1997.
- 5. ASSOCIATION FRANÇAISE D'INFORMATION ET DE RECHERCHE SUR L'ENFANCE MALTRAITE (AFIREM)**
L'enfance maltraitée, du silence à la communication. Congrès de l'AFIREM .
Paris : Karthala,1991.
- 6. AUGUSTYN M et ZUCKERMAN B.**
Impact of violence on children.
In: BEHRMAN, KLIEGMAN ET JENSEN,eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 17ème ed.
Philadelphia: Elsevier ,2004:120-121.
- 7. BADER-MEUNIER B et NOUYRIGAT V.**
Prise en charge initiale des enfants victimes de mauvais traitements.
Encycl Med Chir (Paris) Stomatologie-Odontologie 2004,24-320-A-10.
<http://www.emc-consulte.com>
- 8. BECKER DB, NEEDLEMAN HL et KOTELCHUCK M.**
Child abuse and dentistry : orofacial trauma and its recognition by dentists.
J Am Dent Assoc 1978;**97**:24-28.
- 9. BONNET C.**
L'enfant cassé : l'inceste et la pédophilie.
Paris : Albin Michel ,1999.
- 10. BONNIER C.**
Devenir des enfants victimes de traumatisme crânien non accidentel.
Arch Pédiatr 2006;**13**:531-533.

11. BORDAIS P.

L'enfant maltraité : Lésions chez les enfants battus.
Actual Odontostomatol (Paris)1997;**199**:487-502.

12. BOURILLON A et VITOUX-BROT C.

Urgence en pédiatrie. Les guides de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.
Paris : Doin, 2005.

13. BOURRILLON A.

L'enfant maltraité : Maltraitance à enfant.
Actual Odontostomatol (Paris) 1997;**199**:491-496.

14. CAFFEY J.

On the theory and practice of shaking infants.
Am J Dis Child 1972;**124**:161-169.

15. CAMDESSUS B et KIENER MC.

L'enfance violente.
Paris : ESF Edition, 1998.

16. CLAVERT JM, GICQUEL P et GIACOMELLI MC.

Fragilité osseuse du nourrisson et maltraitance.
Arch Pédiatr 2006;**13**:730-733.

17. CONSEIL GENERAL D'ILLE ET VILAINE.

Guide pratique du signalement « Enfants en danger » .
Conseil Général d'Ille et Vilaine, 1999.

18. COURSON F et LANDRU MM.

Odontologie pédiatrique au quotidien. Guide clinique.
Paris : Cdp, 2001.

19. DA FONSECA MA, FEIGAL RJ et TEN BENSEL RW.

Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at a major country hospital.
Pediatr Dent 1992;**14**:152-157.

20. DALIGAND L et GONIN D.

Violence et victimes.
Lyon : Meditions, 1993.

21. DARCHE V, DELHEUSY G et DEMARS-FREMAULT C.

Diagnostic des lésions traumatiques intentionnelles : le rôle important du dentiste.
Rev Belge Med Dent 1997;**52**(3):169-173.

22. DARCHE V, DELHEUSY G et DEMARS-FREMAULT C.

L'enfant maltraité : Le syndrome de Silverman en Odonto-stomatologie.
Actual Odontostomatol (Paris)1997;**199**:479-488.

23 DE VALCK E.

La maltraitance chez l'enfant : les morsures versus autres types de lésions.
Rev Belge Med Dent 2005;**3**:220-226.

24. DELHEUSY G, DARCHE V et DEMARS-FREMAULT C.

Le dentiste, aide précieuse dans le diagnostic du syndrome de Silverman Tardieu.
Rev Belge Med Dent 2004;**59**(2):100-105.

25. DIRECTION DES INTERVENTIONS SANITAIRES ET SOCIALES.

Protocole à l'usage des professionnels confrontés à des situations d'abus sexuels.
Conseil Général de Loire Atlantique, Nantes, Novembre 1997.

26. DUANE E. SPENCER.

Child Abuse: dentist's recognition and involvement.
CDA Journal 2004;**32**(4):299-303.

27. DUHAMEL P, GIRAUD O, DENHEZ F et CANTALOUBE D.

Examen d'un traumatisé facial.

Encycl Med Chir (Paris) Stomatologie-Odontologie 2002;22-068-A-05:**24**
<http://www.emc-consulte.com>

28. DUPRE E.

Pathologie de l'imagination et de l'émotivité. Article « La Mythomanie ».
Paris : Payot, 1925.

29. ENFANCE ET PARTAGE .

Protéger et défendre les enfants maltraités.
<http://www.enfance-et-partage.org>

30. FONDATION POUR L'ENFANCE.

La détection et le dépistage des mauvais traitement à enfants.
<http://www.fondation-enfance.org>

31 FOURNIER A..

Simulation d'attentats vénériens chez de jeunes enfants.
Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 3^{ème} série, 1880;**4**:504.

32. GABEL M.

La maltraitance faite aux enfants.
ADSP 2000;**31**: 26-34.

33. GABEL M, JESU F et MANCIAUX M.

Maltraitements institutionnelles : accueillir et soigner les enfants sans les maltraiter.
Paris : Fleurus, 1998.

34. GAUTHIER D.

L'enfant victime d'abus sexuels, 1^{ère} ed.
Paris : Presse Universitaire de France, 1994.

35. GIPEM-SNATEM.

Allô Enfance Maltraitée : parce que des solutions existent.
Paris, 2007.
<http://www.allo119.gouv.fr>

36. HUDSON M et KAPLAN R.

Clinical response to child abuse.
Pediatr Clin North Am 2006;**53**: 27-39.

- 37. JESSEE SA.**
Physical manifestations of child abuse to the head, face and mouth: a hospital survey.
J Dent Child 1995;**62**:245-249.
- 38. IUFM- CENTRE DE BONNEVILLE.**
Maltraitance à enfant.
Académie de Grenoble, 2005.
<http://www.grenoble.iufm.fr/bonneville/>
- 39. JESSEE SA.**
Child abuse and neglect: implication for the dental profession.
Tex Dent J 1999:40-46.
- 40. JOHNSON CF.**
Abuse and neglect of children.
In: RICHARD E. BEHRMAN, JENSON HB, eds. Nelson Textbook of Pediatrics, 17e ed.
United States : Elsevier Sciences, 2004:121-131.
- 41. KELLOGG N, THE COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT.**
Oral and dental aspects of child abuse and neglect.
Pediatrics 2005;**116**(6):1565-1567.
- 42. KEMPE CH, SILVERMAN FN, STEELE BF et coll.**
The battered-child syndrome.
JAMA 1962;**181**:17-24.
- 43. KEMPE RS et KEMPE CH.**
L'enfance torturée.
Bruxelles : Mardaga, 1981.
- 44. LABBE J.**
La maltraitance des enfants en occident. Deuxième partie : des médecins s'engagent.
Le Clinicien 2001:139-148.
- 45. LABORIER C et GEORGET C.**
Certificat médical initial en odontologie.
Encycl Med Chir (Paris) Odontologie 2004,23-842-A-01,3.
<http://www.emc-consulte.com>
- 46. LAMEYRE X.**
Les violences sexuelles.
Milan : Les Essentiels, 2001.
- 47. LAWRENCE A et DOBRIN LA.**
A dental dilemma: Is this child abuse ? What are my responsibilities? What should I do?
J New Jersey Dent Assoc 1994;**65**(3):77-83.
- 48. LE HEUZEY MF.**
L'enfant maltraité : Le point de vue d'un psychiatre d'enfants et d'adolescents.
Actual Odontostomatol (Paris)1997;**199**:503-506.
- 49. LENOSKI EF et HUNTER KA.**
Specific patterns of inflicted burn injuries.
J Trauma 1977;**17**:842-846.

50. MARKUS JP.

Secret Professionnel du chirurgien-dentiste.
Encycl Med Chir (Paris) Odontologie, 2007,23-842-A-05,9.
<http://www.emc-consulte.com>

51. MAROTEAUX P.

Maladies osseuses de l'enfant.
Paris : Flammarion médecine-sciences,1982.

52. MAROTEAUX P et LE MERRER M.

Enfant battu ou enfant fragile ?.
Arch Pédiatr 2003;**10**:679-680.

53. MEADOW R.

Münchhausen syndrome by proxy: the hunterland of child abuse.
Lancet 1977;**2**:343-345.

54. MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE .

La feuille de l'inspection académique du Doubs.
Dossier, numéro spécial.
Académie de Besançon, Janvier 2002.

55. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES.

Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent.
Guide pratique de la protection de l'enfance, 2006.
<http://www.sante.gouv.fr>

56. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES.

La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation.
Guide pratique de la protection de l'enfance, 2007.
<http://www.sante.gouv.fr>

57. MOLLIN.

Colloque pour un observatoire national de l'enfance en danger.
Ministère de la Justice, Paris, 15 Septembre 2003.

58. MOREAU M.D.

De la santé à la protection de l'enfant, un parcours singulier.
Mémoire : Diplôme inter-universitaire de médecine et santé de l'adolescent, Poitiers, 2000.

59. MOUDEN LD.

How dentistry succeeds in preventing family violence ?
J Michigan Dent Assoc 1996:44-47.

60. MOUDEN LD.

The role for dental professionals in preventing child abuse and neglect.
CDA Journal 1998;**26**(10):737-743.

61. NAIDOO S.

A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital.
Child Abuse Negl 2000;**24**:521-534.

- 62. NATIONAL CENTER ON CHILD ABUSE PREVENTION RESEARCH.**
Current trends in child abuse reporting and fatalities.
National Committee for prevention of child abuse, April 1997.
- 63. NEIBURGER EJ.**
The false signs of child abuse.
CDS Review 1997;**90**(5):10-11.
- 64. NOSSINTCHOUK RM.**
Traumatologie oro-faciale et morsures.
In : RONALD M. Manuel d'odontologie médico-légale
Paris : Masson, 1990:120-135.
- 65. NOSSINTCHOUK R et KOUYOUMDJIAN C.**
Traumatismes orofaciaux et mauvais traitements à enfants.
Encycl Med Chir (Paris) Odontologie, 2004,23-430-A-10,9.
<http://www.emc-consulte.com>
- 66. OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'ACTION SOCIALE DECENTRALISEE.**
Protection de l'enfance : observer , évaluer pour mieux adapter nos réponses.
Rapport 2005 de l'ODAS.
<http://www.odas.net>
- 67. OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'ACTION SOCIALE DECENTRALISEE.**
Protection de l'enfance : de nouvelles perspectives pour les départements.
La lettre de l'ODAS , Décembre 2006.
<http://www.odas.net>
- 68. OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'ENFANCE EN DANGER (ONED)**
Le SNATEM.
Extraits du premier rapport de l'Oned, chap. II, 2005.
<http://www.oned.gouv.fr>
- 69. OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'ENFANCE EN DANGER (ONED).**
Deuxième rapport annuel au parlement et au gouvernement de l'ONED.
Paris, Décembre 2006.
<http://www.oned.gouv.fr>
- 70. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.**
Maltraitance des enfants et manque de soins.
Organisation Mondiale de la Santé, 2002.
<http://www.who.int>
- 71. ORVAIN I.**
L'enfant maltraité : L'attitude de la justice face à la maltraitance.
Actual OdontoStomatol (Paris) 1997;**199**:509-513.
- 72. PIETTE E, SAPANET M, ROCHER S et DESCROZAILLE JM.**
Sphère bucco-faciale et mauvais traitements à enfants.
Encycl Med Chir (Paris) Stomatologie-Odontologie, 1995,24-430-A-10.
- 73. REBUFFAT E.**
Medical aspects of child abuse.
Rev Med Brux 2005;**26**(4):323-325.

- 74. RODRIGUES I, JEGAT N et WOLIKOW M.**
Dentist role in detection, signaling and prevention in the cases of ill-treated children.
J Odontostomatol Pediatr 2005;**12**(1):59-64.
- 75. ROSE S.J.**
Reconnaître l'enfant maltraité et négligé. Collection Atlas de poche.
Paris : MEDSI, 1986.
- 76. ROYAL S.**
Les droits des enfants.
Paris : Dalloz, 2007.
- 77. SANS AUTEUR.**
Code Pénal.
<http://legifrance.gouv.f>
- 78. SANS AUTEUR.**
Code de la Santé Publique.
<http://legifrance.gouv.f>
- 79. SANS AUTEUR.**
Code de déontologie des chirurgiens-dentistes.
In : le Code de la Santé Publique (articles R.4127-201 à R.4127-285).
- 80. SANS AUTEUR.**
Code de la Famille et de l'Aide Sociale.
<http://legifrance.gouv.f>
- 81. SANS AUTEUR.**
Loi n° 2007-293 du 5 Mars 2007.
Journal officiel de la République française, 6 Mars 2007.
- 82. SECRETARIAT D'ETAT A LA SANTE ET AUX HANDICAPES.**
Le praticien face aux violences sexuelles.
Ministère de l'emploi et de la solidarité, Novembre 2000.
- 83. SELLES L.**
Le secret professionnel et le signalement.
Droit mode d'emploi, n°17.
Paris : MB Formation, 2003.
- 84. SOCIETE FRANCOPHONE DE MEDECINE D'URGENCE.**
Maltraitance: dépistage, conduite à tenir aux urgences (en dehors des maltraitances sexuelles).
Conférence de Consensus, Nantes, 3 Décembre 2004.
- 85. STRAUSS P et MANCIAUX M.**
L'enfant maltraité.
Paris : Fleurus, 1993.
- 86. SWAELEN K et WILLEMS G.**
Reporting child abuse in Belgium.
J Forensic Odontostomatol 2004;**22**:13-17.

- 87. TARDIEU A.**
Etudes médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants.
Annales d'hygiène publique et de médecine légale. 2^{ème} série. Tome 13.
Paris : Baillière et fils, 1860:362.
- 88. TOMKIEWICZ S et VIVET P.**
Aimer mal, chatier bien : enquêtes sur les violences des institutions pour enfants et adolescents.
Paris : Seuil, 1991.
- 89. TRAVAIL SOCIAL ACTUALITE (TSA Hebdo).**
Protection de l'enfance : les points clés de la réforme.
Dossier du 02 Mars 2007 et du 09 Mars 2007.
<http://www.editions-legislatives.fr>
- 90. TROCME N et WOLFE D.**
Maltraitance des enfants au Canada : étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants.
Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada, 2001.
- 91. TSANG A et SWEET D.**
Violence et négligence envers les enfants- les dentistes en font-ils assez ?
J Can Dent Assoc 1999;**65**:387-391.
- 92. UNICEF.**
La Convention internationale des droits de l'enfant.
<http://www.unicef.fr>
- 93. UNICEF.**
La violence contre les enfants, en chiffre.
Unicef, Octobre 2006.
<http://www.unicef.fr>
- 94. VAILLANT P.**
L'enfant maltraité : Les sévices envers les enfants, rôle de l'odontologiste.
Actual Odontostomatol (Paris) 1997;**199**:515-528.
- 95. VANTHOURNOUT B.**
The beaten child : psychological aspects.
Rev Med Brux 2005;**26**:326-332.
- 96. VASSIGH DD.**
Les experts judiciaires face à la parole de l'enfant maltraité: le cas des médecins légistes de la fin du XIXe siècle.
Revue d'histoire de l'enfance irrégulière 1999, numéro 2.
<http://rhei.revues.org>
- 97. VETTER C.**
La maltraitance infantile.
Schweiz Monatsschr Zahnmed 2002;**112**(10):1068-1073.
- 98. WALDMAN HB et PERLMAN SP.**
The rate of child abuse and neglect cases per population totals decreased since the mid 1990s...But !.
J Dent Child 2002;**69**(3):314-318.

99. WALDMAN HB, SWERDLOFF M et PERLMAN SP.

A « dirty secret » : the abuse of children with disabilities.
J Dent Child 1999;**66**(3):197-200.

100. WELBURY RR..

Child physical abuse.
Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. 3ème ed.
Paris : Munksgaard, 1994:181-193.

101. WIKIPEDIA.

<http://fr.wikipedia.org>

102. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) AND INTERNATIONAL SOCIETY FOR PREVENTION OF CHILD ABUSE AND NEGLECT (ISPCAN).

Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence.
World Health Organization, 2006.
<http://www.who.int>

SOULARD (Virginie) – Rôle du chirurgien-dentiste dans le dépistage de la maltraitance chez l'enfant – 44 f. ; ill. ; tabl. ; 102 ref. ; 30 cm (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2008).

RESUME :

Plus de la moitié des lésions faisant suite à la maltraitance se situent dans la sphère oro-faciale. Environ 20000 enfants sont déclarés maltraités, chaque année en France.

Le chirurgien-dentiste a un rôle clé dans le dépistage de ces maltraitements à l'enfant et sa vigilance doit être quotidienne.

Certains signes physiques et comportementaux de l'enfant et des parents lors de la consultation dentaire peuvent être évocateurs de situations de maltraitance. Le praticien doit savoir repérer ces signes d'alerte afin d'informer et de prévenir à temps les autorités compétentes.

RUBRIQUES DE CLASSEMENT : Pédiodontie

DOMAINE BIBLIODENT : Pédiodontie
Déontologie-Législation

MOTS CLES MESH :

Enfant maltraité (Child Abuse) – Protection enfance (Child welfare) – Dentiste (Dentists) – Signes et symptômes (Signs and symptoms).

MOTS CLES BIBLIODENT:

Dépistage – Signalement victime – Devoirs chirurgiens dentistes – Législation – Enfant

JURY :
Président : Madame le Professeur Christine FRAYSSE
Assesseur : Monsieur le Professeur Wolf BOHNE
Assesseur : Monsieur le Docteur Gilles AMADOR DEL VALLE
Assesseur : Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD
Directeur : Madame le Professeur Christine FRAYSSE

ADRESSE DE L'AUTEUR : 18 avenue de la Tessoualle, 49300 CHOLET
vynsoul@hotmail.com