



HAL
open science

Maltraitance infantile et odontologie : de l'étude épidémiologique à la conception d'une plaquette d'information

Sébastien Sallaberry

► **To cite this version:**

Sébastien Sallaberry. Maltraitance infantile et odontologie : de l'étude épidémiologique à la conception d'une plaquette d'information. Chirurgie. 2014. dumas-00936132

HAL Id: dumas-00936132

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00936132v1>

Submitted on 24 Jan 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Université Bordeaux II: Victor Segalen
U.F.R. D'ODONTOLOGIE**

Année 2014

Thèse n°02

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 20 janvier 2014 par

Sébastien SALLABERRY

Né le 15 mars 1988 à St Jean de Luz (64)

**MALTRAITANCE INFANTILE ET ODONTOLOGIE :
DE L'ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE À LA
CONCEPTION D'UNE PLAQUETTE
D'INFORMATION**

Directeur de thèse:
Docteur Christophe BOU

Membres du Jury:

Mademoiselle M.J. BOILEAU ,	Professeur des Universités	Présidente
Monsieur C. BOU ,	Maître de Conférences des Universités	Directeur
Madame O. LAVIOLE ,	Maître de Conférences des Universités	Rapporteur
Mademoiselle A. LAVAUD ,	Assistante hospitalo-universitaire	Assesseur

UNIVERSITE BORDEAUX SEGALEN

Président

M. Manuel TUNON de LARA

Vice Présidents

Conseil scientifique
Conseil des études et de la vie universitaire
Conseil d'administration
Relations Extérieures

M. Pierre DOMINGUES DOS SANTOS
Mme. Nicole RASCLE
M. Antoine de DARUVAR
M. Vincent DOUSSET

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Directeur	M. Jean-François PELI	58-01
Directeur Adjoint – Chargé de la Formation initiale	M. Yves Delbos	56-01
Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche	M. Jean-Christophe Fricain	57-02
Directeur Adjoint - Chargé des Relations Internationales	M. Jean-Francois Lasserre	58-02
Coordonateur A.E.A.	M. Jean Marie MARTEAU	57-02

ENSEIGNANTS DE L'UFR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire	58-02
Mlle Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Jean	DAVID	Prothèse dentaire	58-02
Mme Véronique	DUPUIS	Prothèse dentaire	58-02
M. J-Christophe	FRICAIN	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Melle Elise	ARRIVÉ	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mme Cécile	BADET	Sciences biologiques	57-03
M. Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Michel	BARTALA	Prothèse dentaire	58-02
M. Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Jean-Pierre	BLANCHARD	Prothèse dentaire	58-02
M. Christophe	BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mlle Sylvie	BRUNET	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
M. Sylvain	CATROS	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
M. Stéphane	CHAPENOIRE	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M. Jacques	COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M. Reynald	DA COSTA NOBLE	Parodontologie	57-01
M. François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Yves	DELBOS	Odontologie pédiatrique	56-01
M. Raphael	DEVILLARD	Odontologie conservatrice- Endodontie	58-01
M. Emmanuel	D'INCAU	Prothèse dentaire	58-02
M. Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M. Dominique	GILLET	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M. Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire	58-02
M. Yves	LAUVERJAT	Parodontologie	57-01
Mme Odile	LAVIOLE	Prothèse dentaire	58-02
M. Jean-Marie	MARTEAU	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
M. Jean-Louis	MIQUEL	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mme Javotte	NANCY	Odontologie pédiatrique	56-01
Mme Dominique	ORIEZ	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M. Jean-François	PELI	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M. Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M. Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01

Mlle Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mlle Noémie	THEBAUD	Sciences biologiques	57-03
M. Eric	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

ASSISTANTS

M. Terence	BARSBY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme Aurélie	BARSBY-EL-KHODER	Prothèse dentaire	58-02
Mme Mélanie	BOES-HULLMAN	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Julien	BROTHIER	Prothèse dentaire	58-02
Melle Caroline	CHANE-FANE	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Mathieu	CLINKEMAILLIE	Prothèse dentaire	58-02
M. Mathieu	CONTREPOIS	Prothèse dentaire	58-02
M. Guillaume	CRESTE	Prothèse dentaire	58-02
Mme Hélène	DENOST	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mlle Aurélie	DUARTE	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M. Guillaume	FENOUL	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mlle Geraldine	FERRERO-MOURGUES	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Nicolas	GLOCK	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
Melle Sandrine	GROS	Orthopédie dento-faciale	56-02
Melle Amandine	LAVAUD	Odontologie pédiatrique	56-01
Melle Alice	LE NIR	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
Mme Karine	LEVET	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Melle Maria-Gabriela	MARC	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M. Matthieu	MEYER	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
Melle Darrène	NGUYEN	Sciences biologiques	57-03
Melle Virginie	PANNEREC	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
Melle Candice	PEYRAUD	Odontologie pédiatrique	56-01
M. Jean-Philippe	PIA	Prothèse dentaire	58-02
M. Mathieu	PITZ	Parodontologie	57-01
M. Cyril	VIDAL	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M. François	VIGOUROUX	Parodontologie	57-01

Remerciements

A notre Présidente de thèse,

Mademoiselle le Professeur Marie Josée BOILEAU.

Professeur des Universités en Orthopédie Dento-Faciale,
Praticien hospitalier,
Docteur en Chirurgie Dentaire,
Docteur d'Etat en Odontologie,
Docteur d'Etat en Sciences Odontologiques,
C.E.S. d'Orthopédie Dento-Faciale,
C.E.S. d'Anthropologie,
C.E.S. d'Informatique médicale et générale
Diplôme d'Etude et de Recherche en Odontologie,
Responsable de la sous-section d'Orthopédie Dento-Faciale,
Responsable de l'enseignement du CECSMO et du DUO,
Responsable de l'unité médicale Pellegrin du département d'odontologie et de santé buccale

*Nous vous remercions de l'honneur que vous faites à notre égard en présidant cette thèse.
Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre profond respect.*

A notre Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Christophe BOU.

Maître de Conférences des Universités,
Praticien Hospitalier,
Docteur en Chirurgie Dentaire,
Docteur en Sciences Odontologiques,
C.E.S. Prothèse maxillo-faciale
D.U. d'Economie de la santé et d'Organisation professionnelle en Odontologie,
D.U. d'Odontologie légale et d'Expertise,
DEA anthropologie physique Bordeaux I
Membre UMR 8555 – CNRS Anthropologie Toulouse III

Nous vous remercions d'avoir accepté de diriger ce travail. Vous avez su nous guider tout au long de sa réalisation avec patience et bonne humeur. En témoignage de notre sincère reconnaissance.

A notre Rapporteur de thèse,

Madame le Docteur Odile LAVIOLE.

Maître de Conférences des Universités,
Praticien Hospitalier,
Docteur en Chirurgie Dentaire,
Docteur en Sciences Odontologiques,
C.E.S. Prothèse dentaire : Option prothèse adjointe complète,
C.E.S. Prothèse adjointe : Option prothèse adjointe partielle,
C.E.S. Prothèse dentaire : Option prothèse scellée,
C.E.S. Parodontologie,
C.E.S. Odontologie légale,
Master « Droit de l'expertise appliqué à l'Odonto-Stomatologie » PARIS 8

Qu'elle trouve ici l'expression de notre profonde gratitude pour avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse et pour sa gentillesse, ses conseils et son investissement.

A notre Assesseur de thèse,

Mademoiselle le Docteur Amandine Lavaud.

Docteur en chirurgie dentaire,
C.E.S. anatomo-physiologie,
C.E.S. pédodontie-prévention,
D.I.U. odontologie pédiatrique clinique approfondie,
Assistant hospitalo-universitaire en odontologie pédiatrique.

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse et de juger notre travail.

A mes parents, pour m'avoir inculqué des valeurs et m'avoir soutenu tout en me laissant une grande liberté. Merci de m'avoir permis de réaliser ces études. Je vous dédie ce travail.

A Margaux, ma sœur chérie, malgré toutes tes crises de larmes quand tu étais bébé et ton caractère bien trempé maintenant que tu es adulte, j'espère que la vie sera douce avec toi et que nous nous retrouverons souvent.

A mon grand père, pour ta bonne humeur, pour les week-ends au ski et la dinde de Noël. J'espère pouvoir être aussi jeune et ouvert d'esprit que toi quand j'aurai ton âge.

A mes autres grands parents avec qui j'aurais aimé partager ce moment.

Au reste de ma famille, ma tante, mes oncles, mes cousins et cousines et les autres qui ont su m'apporter amour et soutien.

A Guillaume, pour ta gentillesse bien cachée et ton amour. Je compte bien mettre ta patience à rude épreuve pendant encore de nombreuses années.

A Julien et Laura, pour votre amitié sans faille et tous les moments inoubliables que nous avons partagés, vous êtes les meilleurs amis qu'on puisse avoir.

A la team Italia: **A Barbara**, docteur ès méchanceté et mauvaise humeur, merci pour toutes tes péripéties si drôles, **Delphine**, mon sushi master, merci pour les pâtisseries et pour m'avoir inculquer l'importance du lavage de cheveux matinal et **Cyrielle**, copine de cinéma au très grand cœur, merci pour les programmes télévisuels de qualité et tous ces sms.
Je suis chanceux de pouvoir vous compter parmi mes amies.

A la team Berlin: **Bérengère et Thais**, pour ce voyage mémorable et les bons moments passés à Bordeaux ou plus loin.

A mes amis luziens, **Florent et Elodie**, même si nos chemins se sont séparés c'est toujours une joie de vous revoir.

Au reste du groupe, **Paul, Maeva, Guillaume, Marina, Kzeu et Vivian**.

A Carole, citoyenne du monde, continue de bouger, je viendrai encore te voir.

A Hélène et Clémentine, pour nos potins autour d'un thé.

A mes amis bordelais, **Clément, Charlotte, Rémi, la Bille**, merci pour tous les verres au Milo's et les soirées. J'espère bien en faire encore des tas avec vous.

A mes amis de promo, pour tous ces bons souvenirs et à tous ceux à venir: **Hadrien, Elodie, Gromu, Maud, Charlotte, Pauline, Leilanie, Gé, Laeti, Lucie, Marie, Gautier, Claire, Margaux, Laureline, Laure, Carine, Camille** et les autres.

A mes anciens colocataires, **Jb, Céline, Chloé et Claire**, pour tous ces moments que je n'oublierai pas.

A Mme Benani et l'équipe du CAUVA, pour leur accueil et le temps qu'ils m'ont accordé. **A Me. Delphine Gali et M. Benoit Cros** pour leur aide précieuse.

Sommaire :

Introduction	13
Première partie : Généralités sur la maltraitance infantile en France	14
1.1 Historique.....	15
1.1.1. Histoire de la maltraitance infantile.....	15
1.1.2. Histoire de la reconnaissance des sévices à enfants.....	15
1.1.3. Mise en place du système de protection de l'enfance en danger.....	16
1.2 Définitions.....	17
1.2.1. Enfant maltraité.....	17
1.2.2. Enfant en risque.....	17
1.2.3. Enfants en danger.....	17
1.3 Épidémiologie.....	18
1.3.1. Types d'enfants maltraités.....	18
1.3.2. Types de maltraitants.....	19
1.3.3. Types de mauvais traitements.....	19
1.4 Facteurs de risques.....	20
1.4.1. Personnalités des maltraitants.....	20
1.4.2. Environnement socioculturel.....	22
1.4.3. Caractéristiques de l'enfant.....	22
Deuxième partie : Dépistage de la maltraitance au cabinet dentaire	23
2.1 Les signes traumatiques physiques.....	24
2.1.1. Les signes cliniques d'ordre général.....	24
2.1.1.1. Les lésions externes.....	24
2.1.1.1.1. Les ecchymoses.....	24
2.1.1.1.2. Les plaies.....	26
2.1.1.1.3. Les brûlures.....	26
2.1.1.1.4. Les alopecies.....	27
2.1.1.1.5. Les morsures.....	28
2.1.1.2. Les lésions internes.....	29
2.1.1.2.1. Les fractures.....	29
2.1.1.2.2. Les traumatismes crâniens.....	30
2.1.1.2.3. Les lésions viscérales.....	32
2.1.1.2.4. Les lésions oculaires.....	32
2.1.1.2.5. Les lésions otiques.....	34
2.1.1.3. Les lésions dues à un abus sexuel.....	35
2.1.1.3.1. Les lésions directes.....	36
2.1.1.3.2. Lésions dues à la syphilis.....	36
2.1.1.3.3. Lésions dues au VIH.....	36

2.1.2.	Les signes cliniques bucco-faciaux.....	37
2.1.2.1.	Examen exo-buccal.....	37
2.1.2.2.	Examen endo-buccal.....	37
2.1.2.2.1.	Lésions dentaires.....	40
2.1.2.2.2.	Lésions osseuses.....	40
2.1.2.2.3.	Lésions des muqueuses.....	40
2.1.2.2.4.	Négligences.....	41
2.2	Les signes traumatiques des sévices psychologiques et des négligences.....	42
2.2.1.	Aspect général.....	42
2.2.2.	Troubles du comportement.....	43
2.2.2.1.	Chez le nourrisson et l'enfant jeune.....	43
2.2.2.2.	Chez l'enfant plus âgé.....	43
2.2.2.3.	Chez les accompagnateurs.....	44
2.2.3.	Troubles psychologiques.....	45
2.2.4.	Retard du développement psychomoteur.....	45
2.2.4.1.	Retard des acquisitions ou régression.....	45
2.2.4.2.	Arriération mentale.....	45
2.2.5.	Hypotrophie staturo-pondérale et nanisme psycho-social.....	45
2.2.6.	Dénutrition et déshydratation.....	45
Troisième partie : La prise en charge de l'enfance en danger.....		46
3.1	Le système de protection de l'enfance en France.....	47
3.1.1.	Les textes.....	47
3.1.1.1.	La loi.....	47
3.1.1.2.	Code de déontologie.....	47
3.1.1.3.	Schéma de la protection de l'enfance en danger.....	48
3.1.2.	La protection administrative.....	50
3.1.2.1.	Aide Sociale à l'Enfance.....	50
3.1.2.2.	Le service de PMI.....	50
3.1.2.3.	Le service social polyvalent de secteur.....	51
3.1.3.	La protection judiciaire.....	51
3.1.3.1.	Le Parquet.....	51
3.1.3.2.	Le Siège.....	52
3.1.3.3.	Les services de police.....	53
3.1.4.	L'aide associative.....	53
3.1.4.1.	Le SNATEM et le 119.....	54
3.1.4.2.	Les associations.....	54
3.1.5.	L'exemple du CAUVA.....	55
3.1.5.1.	Présentation du service et son rôle.....	55
3.1.5.2.	Présentation des différents acteurs.....	55

3.2.	Le rôle du chirurgien dentiste.....	58
3.2.1.	L'entretien d'évaluation.....	58
3.2.1.1.	L'entretien avec l'enfant.....	58
3.2.1.2.	L'entretien avec les parents.....	59
3.2.2.	Le signalement.....	60
3.2.2.1.	La démarche.....	60
3.2.2.2.	Fiche de signalement.....	61
3.2.2.3.	Le certificat initial.....	62
 Quatrième partie : Étude épidémiologique et création d'une plaquette d'information à l'attention des chirurgiens dentistes.....		63
4.1.	Protocole et questionnaire.....	64
4.2.	Analyse des résultats.....	66
4.2.1.	Partie portant sur les praticiens.....	66
4.2.2.	Partie portant sur l'expérience en matière de maltraitance infantile.....	67
4.2.3.	Partie portant sur le numéro 119.....	69
4.2.4.	Partie portant sur le dépistage des enfants victimes de maltraitance.....	69
4.2.5.	Partie portant sur le signalement.....	70
4.2.6.	Conclusion.....	73
4.3.	Plaquette d'information.....	74
 Conclusion.....		76
 Index des acronymes.....		77
 Bibliographie.....		78

Introduction

La maltraitance infantile est un phénomène universel et intemporel qui est pourtant resté tabou pendant des siècles. Ce n'est qu'à la fin du 19^e siècle que ce fléau a été réellement étudié et il est encore de nos jours difficile à définir pour beaucoup de professionnels. Comme tous les soignants confrontés aux enfants, les chirurgiens-dentistes peuvent être amenés à recevoir dans leur cabinet des enfants victimes de maltraitance.

Cet ouvrage s'articule en quatre parties et a pour but de présenter au chirurgien dentiste les signes physiques, psychologiques et comportementaux des enfants et de leurs accompagnants qui peuvent évoquer un diagnostic de maltraitance. On cherchera aussi à définir le rôle que peut jouer le chirurgien dentiste dans le signalement aux autorités compétentes et la prise en charge de la maltraitance ainsi que de dresser un état des lieux des connaissances sur le problème à Bordeaux et sa périphérie en 2013 par une étude épidémiologique. On cherchera enfin, et c'est notre objectif principal, à proposer un projet de plaquette d'information sur la maltraitance infantile à l'attention des chirurgiens dentistes grâce aux résultats de notre étude épidémiologique.

La première partie de cette thèse traitera des généralités sur la maltraitance infantile nécessaires à la connaissance du chirurgien dentiste. On y présentera l'historique du problème, de sa reconnaissance et de sa prise en charge puis après avoir exposé quelques données épidémiologiques, on essaiera de définir les quatre formes de maltraitance infantile ainsi que les facteurs de risque qui peuvent étayer une suspicion de maltraitance. Facteurs de risque à considérer avec circonspection puisque la maltraitance infantile est un fléau qui touche toutes les couches socio-économiques de la population française.

Dans une seconde partie nous présenterons les signes cliniques, tant physiques que psychologiques et comportementaux, que le chirurgien dentiste devra savoir détecter dans sa démarche diagnostique. Nous exposerons aussi les diagnostics différentiels possibles des lésions évocatrices de maltraitements que nous nous devons de connaître afin de ne pas poser un diagnostic de syndrome de l'enfant battu fallacieux et éviter les conséquences dramatiques que cela peut engendrer. On abordera aussi le comportement et les attitudes des accompagnants qui peuvent nous confirmer une suspicion de maltraitance.

La troisième partie de cet ouvrage s'attachera à présenter les modes de protection de l'enfance en danger en France. Le chirurgien dentiste a obligation de protéger l'enfant en cas de sévices et ce même contre l'avis des parents. Après avoir présenté les textes qui encadrent la protection de l'enfance, on expliquera les voies possibles de signalement dont dispose le chirurgien dentiste après avoir posé un diagnostic de maltraitance ou bien s'il a de fortes suspicions. On expliquera le rôle respectifs des acteurs de la prise en charge administrative et judiciaire puis nous présenterons le service du Centre d'Accueil d'Urgence des Victimes d'Aggression que nous avons eu la chance d'intégrer pour rencontrer ses représentants. On exposera enfin les méthodes pour aborder l'enfant et ses accompagnants afin de recueillir un témoignage qui étayera notre signalement dont on expliquera la rédaction.

Enfin, dans une dernière partie, nous exposerons une plaquette d'information sur la maltraitance infantile à l'attention des chirurgiens dentistes qui explique comment signaler le problème après avoir repéré des lésions évocatrices chez l'enfant. Cette plaquette a été confectionnée après l'analyse des résultats d'une étude épidémiologique menée sur plusieurs chirurgiens dentistes de Bordeaux et sa périphérie.

Première partie : Généralités sur la maltraitance infantile en France

1.1 Historique :

1.1.1. Histoire de la maltraitance infantile (1,5,47) :

Violences et négligences à enfants ont existé de tout temps et sous toutes latitudes. De nombreux exemples jalonnent l'histoire de notre humanité.

Ainsi, pour obtenir la faveur des dieux ou apaiser leur colère, des enfants étaient offerts au cours de sacrifices rituels chez les Incas ou les Phéniciens. D'autres étaient emmurés vivants dans les fondations des nouvelles cités pour en assurer la stabilité. En ces temps, les parents avaient droit de vie ou de mort sur leur progéniture et on ne faisait pas grand cas du décès d'un enfant.

Au moyen-âge, période de famines et d'épidémies, les abandons d'enfants se multiplient et nombreux sont les infanticides commis. En particulier sur les fillettes, considérées comme des bouches inutiles à nourrir.

Au 15^{ème} siècle, on estime à 65% le nombre d'enfants décédés avant l'âge de 5 ans, le taux de mortalité atteignant 95% chez les enfants en placement nourricier ou confiés à des institutions religieuses. Dès 1639, Saint Vincent de Paul s'attache à améliorer la survie des enfants orphelins et abandonnés en ouvrant les premiers hôpitaux pour enfants trouvés à Paris.

Au 17^{ème} siècle, le système pénal s'appliquait aussi bien aux enfants qu'aux adultes. L'exécution publique d'un enfant était réputée pour avoir une valeur dissuasive pour les autres enfants.

L'exploitation au travail trouva son apogée au moment de la révolution industrielle. Aux États-Unis, l'esclavage a fourni une main d'œuvre bon marché à la croissance industrielle et les enfants d'esclaves étaient considérés comme du bétail.

Le 20^{ème} siècle a quant à lui démontré sa capacité à exterminer des enfants à travers plusieurs génocides (Shoah, génocide au Rwanda ou encore en Birmanie).

Aujourd'hui encore à travers le monde des enfants sont brutalisés, assassinés, exploités, prostitués, excisés, vendus...

Ce constat est inquiétant mais de grands progrès ont néanmoins été accomplis dans la reconnaissance des mauvais traitements à enfants et la protection de l'enfance en danger.

1.1.2. Histoire de la reconnaissance des sévices à enfants (31,40) :

La loi du 22 mars 1841 régleme le travail des enfants lors de la révolution industrielle en interdisant le travail des enfants de moins de 8 ans et en limitant celui des enfants de 8 à 12 ans à douze heures par jour.

Ce n'est qu'en 1860 que le professeur de médecine légale Ambroise Tardieu décrit pour la première fois les mauvais traitements infligés aux mineurs. Il est à l'origine de plusieurs lois sur la protection de l'enfance : loi du 24 juillet 1889 sur la déchéance paternelle, du 18 avril 1898 sur le délit spécial que constituent les sévices à enfants et du 28 juillet 1912 instituant les tribunaux pour enfants.

En 1962, Kempe et Silverman publie le célèbre article sur le syndrome de l'enfant battu. Silverman décrit les manifestations radiologiques des traumatismes du squelette de l'enfant. Il en précise toutes les caractéristiques et établit leur valeur pathognomonique.

En France, en 1965, les professions médicales commencent à prendre conscience du problème. Le professeur de pédiatrie Neiman souligne l'importance de la suspicion des sévices à enfants derrière des traumatismes inavoués.

1.1.3. Mise en place du système de protection de l'enfance en danger (44,54) :

Parallèlement à la reconnaissance de la maltraitance, le système juridique français s'est progressivement doté d'outils de protection à destination des mineurs en danger.

Le 30 octobre 1935, un décret prévoit des mesures de surveillance et d'assistance éducative lorsque la santé ou la moralité de l'enfant sont en danger.

En 1945, la charge de juge des enfants est instituée. Ce juge se voit confier en 1958 la protection de l'enfance en danger. Celle-ci résulte de deux textes (ordonnance du 22 décembre 1958 et décret du 7 janvier 1959) qui distinguent la protection judiciaire de la protection administrative des mineurs.

Dans les années 1980, le système de protection administrative est réorganisé. On va décentraliser les actions. Les élus locaux, et principalement le Conseil général, se voient remettre la mission d'aide aux enfants en danger. Il y a encore, à ce moment là, nécessité d'une obligation claire et concrète du signalement et d'une meilleure articulation entre protection sociale et judiciaire.

En 1989, on renforce le dispositif de protection de l'enfance avec la loi du 10 juillet 1989 qui renforce le partenariat entre les acteurs de cette protection : une action concertée entre les services sociaux départementaux est exigée. Les missions d'aide sociale à l'enfance sont définies. L'articulation entre les systèmes judiciaire et administratif est précisée. Cette loi vise également à responsabiliser les professionnels et la population par des formations et des informations.

Un service national d'accueil téléphonique gratuit est créé, le SNATEM. Depuis mars 1997 le numéro d'Allô enfance maltraitée est le 119. La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a remplacé le mot "maltraité" par "en danger".

Le souci de protéger l'enfant s'est internationalisé avec l'adoption le 20 novembre 1989 par l'ONU d'une convention des droits de l'enfant. Cette convention illustre bien la prise de conscience collective de la nécessité d'une meilleure protection physique et morale des enfants à travers le monde.

Le premier mars 1994, le nouveau Code pénal prévoit une aggravation de peine lorsque l'agresseur a autorité sur l'enfant.

La dernière réforme importante sur la protection de l'enfance est la loi du 5 mars 2007.

Alors que la responsabilité de l'Aide Sociale pour l'Enfance a été transférée aux Conseils généraux, la loi vise à redéfinir les objectifs prioritaires en ce domaine, notamment pour répondre aux situations de violence et de maltraitance.

Trois objectifs sont affirmés :

- renforcer la prévention, en essayant de détecter le plus précocement possible les situations à risque par des bilans réguliers aux moments essentiels de développement de l'enfant : entretiens systématisés au 4ème mois de grossesse, visite à domicile dans les premiers jours suivant la sortie de maternité, bilans systématiques à l'école maternelle, puis en primaire...

- réorganiser les procédures de signalement : création dans chaque département d'une cellule spécialisée, la Commission d'Evaluation des Situations d'Enfants, permettant aux professionnels liés par le secret professionnel et intervenant pour la protection de l'enfance dans les domaines sociaux, médico-sociaux ou éducatifs de mettre en commun leurs informations et d'harmoniser leurs pratiques. Hors de ces structures spécialisées la règle du secret continue de s'imposer.

- diversifier les modes de prise en charge des enfants : possibilité d'accueils ponctuels ou épisodiques hors de la famille sans pour autant qu'il s'agisse d'un placement en établissement ou en famille d'accueil.

1.2 Définitions (35):

1.2.1. Enfant maltraité :

L'enfant maltraité est un mineur qui est victime de violences physiques, de cruauté mentale, d'abus sexuels et/ou de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique de la part de ses parents, d'adultes ayant autorité sur lui ou d'adultes abusant de l'autorité que leur confère leurs fonctions.

1.2.2. Enfant en risque :

L'enfant en risque est un mineur qui connaît des conditions d'existence risquant de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien mais qui n'est pas pour autant maltraité.

1.2.3. Enfants en danger :

Ensemble des enfants maltraités et des enfants en risque.

1.3 Épidémiologie :

Les chiffres rapportés par l'ODAS à propos des enfants maltraités en France sont stables depuis 1998 : on recense environ 19000 enfants victimes de maltraitance chaque année (38). Le nombre d'enfants en danger a tendance à augmenter quant à lui (34). On peut expliquer cette hausse d'une part par une meilleure connaissance de la population du problème grâce à des campagnes de sensibilisation et une moindre hésitation à dénoncer une situation de maltraitance ou d'enfant en risque (14).

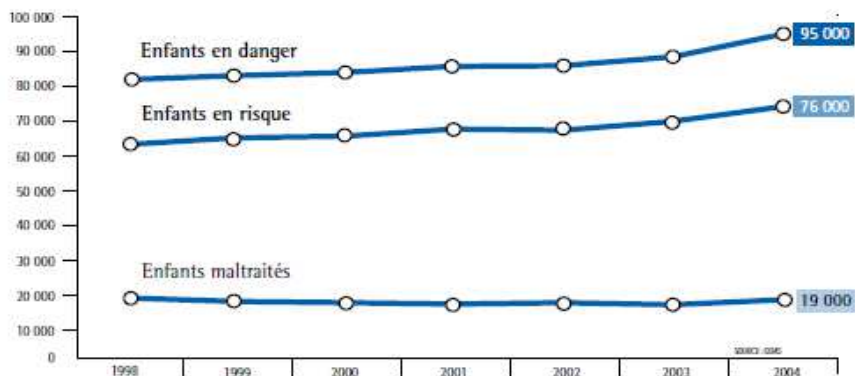


Figure 1 : L'évolution du nombre d'enfants en danger par type de danger (36).

1.3.1. Types d'enfants maltraités :

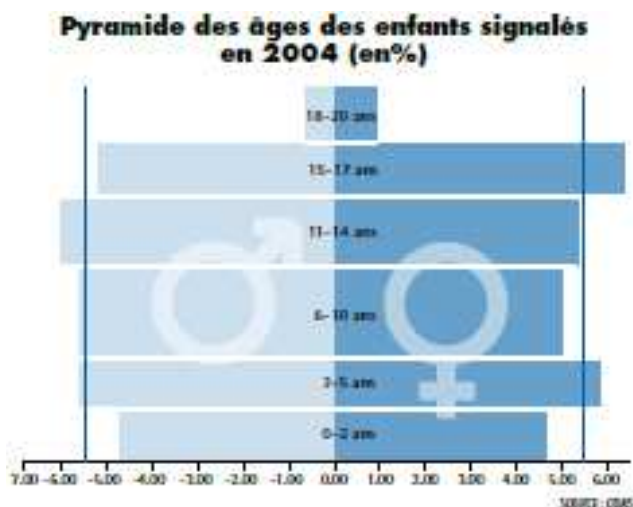


Figure 2 : Pyramide des âges des enfants signalés en 2004 (36).

On peut constater que les âges et les sexes sont représentés de manière équilibrée. On peut toutefois noter une sur-représentation des filles adolescentes (violences sexuelles) et des garçons pré-adolescents (problèmes de comportements).

1.3.2. Types de maltraitants :

La maltraitance touche toutes les couches socio-économiques de notre société mais certains facteurs peuvent prédisposer à la maltraitance :

Facteurs à l'origine du danger	Nombre d'enfants concernés par le facteur	
Carences éducatives des parents	47 500	soit 50 % des enfants signalés
Conflits de couple et séparation	28 500	soit 30 % des enfants signalés
Problèmes psycho pathologiques des parents	12 350	soit 13 % des enfants signalés
Dépendance à l'alcool ou à la drogue	11 400	soit 12 % des enfants signalés
Maladie, décès d'un parents, chocs affectifs	6 650	soit 7 % des enfants signalés
Chômage, difficultés financières	12 350	soit 13 % des enfants signalés
Cadre de vie, habitat	7 600	soit 8 % des enfants signalés
Errance, marginalité	3 800	soit 4 % des enfants signalés
Autres	11 400	soit 12 % des enfants signalés

SOURCE : OJMG

Figure 3 : Les facteurs de danger et nombre d'enfants touchés (36).

La prévention de ce problème est très importante car les statistiques montrent qu'une grande partie des enfants battus reproduisent le phénomène de maltraitance sur leurs propres enfants (39).

1.3.3. Types de mauvais traitements (9) :

On peut classer les sévices à enfants en quatre catégories :

- ◆ *maltraitance physique* : atteinte de l'intégrité corporelle de l'enfant par une personne qui a autorité sur lui.
- ◆ *cruauté mentale* : lors de sévices psychologiques, l'enfant peut être victime d'un rejet, d'une ignorance envers lui, d'un isolement, de terreur et enfin de corruption.
- ◆ *négligences et privations* : elles correspondent à la non satisfaction des besoins physiologiques (sommeil, alimentation...) et/ou affectif de l'enfant (amour, protection, stimulation intellectuelle...).
- ◆ *abus sexuels* : participation d'un mineur à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriées à son développement psychosexuel, qu'il subit sous la contrainte, par violence ou séduction, ou qui transgressent les tabous sociaux.

A ces sévices on peut rajouter les risques que peuvent courir les enfants en danger :

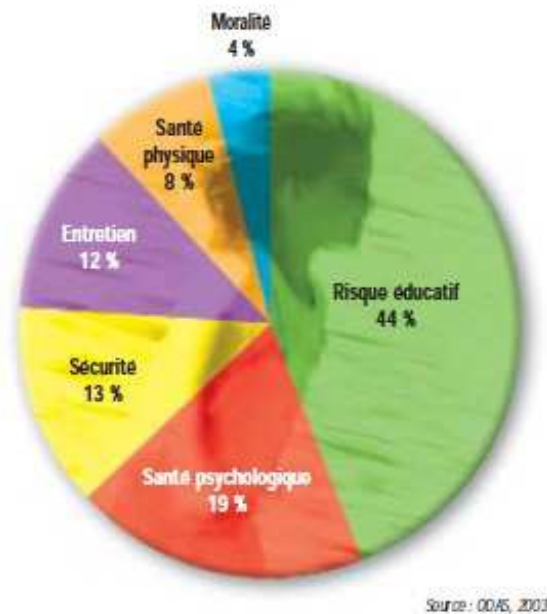


Figure 4 : Répartition des enfants en risque selon le type de risque principal (34).

1.4 Facteurs de risques (4) :

Des études rétrospectives sur des populations d'enfants victimes de mauvais traitements ont permis de mettre en évidence un certain nombre de facteurs de risque qui doivent alerter les professionnels, d'autant plus quand ils se cumulent, et les conduire à mettre en place des actions de prévention. Ils comprennent les facteurs de risque liés aux maltraitants, à l'environnement et à l'enfant lui-même.

1.4.1. Personnalités des maltraitants (14) :

◆ Antécédents des parents

L'existence de carences ou de mauvais traitements dans l'histoire des parents est habituelle. Des sévices à enfants ont pu être retrouvés sur plusieurs générations, faisant parler de « répétition transgénérationnelle » du phénomène(47) . De même, un passé d'abus sexuels chez la mère d'enfants subissant des violences sexuelles est fréquemment mis en évidence. Il ne s'agit pas d'une transmission héréditaire de la maltraitance mais d'une absence d'élaboration et de verbalisation des sévices conduisant les parents à répéter ce qu'ils ont subi sur leurs enfants.

Le jeune âge maternel semble être un des principaux facteurs de risque.

Le faible niveau d'instruction des parents est fréquemment mis en exergue dans les études sur les mauvais traitements, en particulier un arrêt précoce de la scolarité avant l'âge de 12 ans.

Les troubles psychiatriques avérés sont rares mais peuvent être responsables de comportements violents et inadaptés à l'égard de l'enfant :

- une déficience mentale ou une pathologie psychiatrique sévère permanente (schizophrénie, paranoïa, perversion...) se rencontrent chez moins de 10% des parents maltraitants ;
- des troubles épisodiques s'observent plus souvent.

L'alcoolisme ou la toxicomanie peuvent conduire à des passages à l'acte violent ou à des situations de carences et de négligences.

La dépression post-partum peut être source de carences ou négligences de l'enfant si la mère n'est pas soutenue.

La psychose puerpérale expose l'enfant à un risque de mauvais traitements liés à un vécu persécutif délirant maternel.

Certains traits de personnalité sont mis en évidence bien plus souvent qu'une pathologie psychiatrique avérée. Les parents donnent l'impression d'un fonctionnement « normal ». Ce n'est que lors des relations avec l'enfant que certains traits peuvent s'extérioriser comme l'immaturité affective, l'impulsivité, la rigidité, l'intolérance aux frustrations ou l'incapacité à verbaliser ses affects. Ces traits de personnalité peuvent s'intégrer dans une pathologie limite ou dans une structure psychotique.

◆ Structure du couple parental

La structure et le fonctionnement du couple parental jouent un rôle important dans le risque de mauvais traitements à enfants :

- les deux parents cumulent des difficultés personnelles : passé commun de mauvais traitements, antécédents de pathologie psychiatrique, alcoolisme ou toxicomanie active...
- situation de conflit conjugal : l'importance de la violence conjugale a été signalée à maintes reprises comme un facteur de risque important;
- situation de parent isolé où l'enfant est vécu comme la cause de la rupture du couple parental ;
- famille recomposée avec conflit entre le nouveau parent et l'enfant du couple précédent.

◆ Grossesse (45)

La grossesse est le moment des premières interactions entre la mère et l'enfant. De mauvaises conditions de grossesse peuvent expliquer une maltraitance de l'enfant à naître :

- *grossesse non désirée*, la grossesse peut n'être pas souhaitée par l'un des partenaires du couple ou être issue d'un viol. Elle peut aussi ne pas être désirée telle qu'elle se présente (grossesse gémellaire par exemple) ;
- *grossesse non déclarée ou non suivie*, grossesse n'ayant fait l'objet d'aucun préparatif ;
- *déni de grossesse ou demande trop tardive d'IVG* ;
- *grossesse marquée par un traumatisme psychoaffectif* tel le deuil ou une séparation. Tout épisode psychiatrique (dépression, épisode délirant, tentative de suicide...) devra être repéré comme facteur de risque ;
- *grossesse mal supportée ou accompagnée d'une pathologie obstétricale*. Les hospitalisations prolongées peuvent être responsables d'un épuisement psychologique de la mère coupée de son environnement familial et causer l'installation précoce d'un mauvais rapport entre la mère et l'enfant responsable de ce « temps hors du temps ».

1.4.2. Environnement socioculturel (33) :

◆ Conditions socio-économiques

Si les mauvais traitements peuvent survenir dans des familles où les conditions socio-économiques sont satisfaisantes avec une bonne insertion dans la vie professionnelle et sociale, ces situations sont habituellement plus difficiles à diagnostiquer.

Il est plus facile d'évoquer la maltraitance dans des familles défavorisées où se retrouvent souvent cumulés l'insuffisance des ressources financières, le chômage, les mauvaises conditions de logement, le déracinement socioculturel et l'isolement relationnel.

◆ Vie en milieu institutionnel (10)

La survenue de mauvais traitements en milieu institutionnel, c'est à dire dans des lieux dont la fonction est la garde, les soins ou l'éducation des enfants, a été décrite par Tomkiewicz. Celui-ci définit la violence comme « 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 ».

Toute institution est en elle même violente et les enfants porteurs d'un handicap, notamment mental, ceux présentant des difficultés psychologiques ou des problèmes d'adaptation sociale sont particulièrement à risque de mauvais traitements.

1.4.3. Caractéristiques de l'enfant (52) :

Souvent liés à une insuffisante ressemblance entre l'enfant imaginé pendant la grossesse et l'enfant réel issu de l'accouchement, les principaux facteurs de risque liés à l'enfant sont :

- *la séparation précoce et/ou prolongée entre l'enfant et ses parents.* Les hospitalisations prolongées en période néonatale dans les cas de grande prématurité ou du fait d'une maladie chronique peuvent faire obstacle à l'instauration de relations de bonne qualité entre parents et enfants ;

- *la gémellité, voire la multiparité dans le cadre des PMA, lorsqu'un enfant est moins bien portant et de comportement plus difficile que l'autre.* Ces grossesses sont souvent hypermédicalisées et source d'inquiétude pour les parents ;

- *l'existence d'une malformation ou d'un handicap ;*

- *l'existence de troubles du comportement chez l'enfant* tels que des difficultés d'alimentation ou de sommeil, une agitation et des pleurs fréquents. Une réponse violente des parents aux manifestations jugées difficiles de l'enfant a souvent pour conséquence de pérenniser les troubles et de créer l'installation d'un cercle vicieux ;

- *la place particulière de l'enfant au sein de la famille* : une déception quant au sexe de l'enfant, la naissance au terme d'une grossesse non désirée, la place de l'enfant de remplacement après un deuil d'un précédent enfant peuvent être cause de rejet.

Deuxième partie : Dépistage de la maltraitance au cabinet dentaire

2.1 Les signes traumatiques physiques

La violence physique constitue la forme la mieux connue de la maltraitance et engendre un risque de séquelles physiques voire de décès. La définition de la violence physique peut apparaître simple du fait de l'existence de lésions visualisables : cutanéomuqueuses, osseuses, dentaires, ophtalmologiques... En fait le problème n'est pas si simple, ces lésions peuvent être consécutives à des sévices ou être d'origine accidentelle voire liées à une pathologie (5).

Établir un diagnostic différentiel est ici capital, une erreur de diagnostic pouvant être très lourde de conséquences.

2.1.1. Les signes cliniques d'ordre général

Avant d'examiner la cavité buccale de l'enfant, le chirurgien dentiste peut repérer les signes physiques généraux de maltraitance chez un enfant reçu au cabinet. Les signes externes peuvent être repérés au premier coup d'œil et donner l'alerte, les signes internes demandent quant à eux des examens médicaux complémentaires pour être décelés (23).

2.1.1.1. Les lésions externes (27) :

Les manifestations cutanées des sévices à enfants sont très importantes à connaître car la peau et les tissus mous, très exposés, sont souvent lésés mais surtout car il s'agit là d'une atteinte visible, facilement identifiable et constituant un signe d'appel amenant à rechercher des lésions profondes associées.

2.1.1.1.1. Les ecchymoses (28) :

L'ecchymose traumatique, épanchement de sang coagulé dans les tissus, peut avoir été créée accidentellement ou volontairement.

La coexistence d'ecchymoses de différentes colorations, et donc d'âges différents, la localisation et l'aspect de ces ecchymoses nous porteront à croire à une origine volontaire ou accidentelle.

Ainsi, des ecchymoses sur le nez ou l'orbite, les coudes, les mains ou la face antérieure des jambes seront plutôt d'origine accidentelle alors que des ecchymoses localisées sur les fesses, la région génitale, les joues, les cuisses, le thorax ou le cou devront nous évoquer un diagnostic de maltraitance.

Pour ce qui est de l'aspect, toute ecchymose reproduisant la forme d'un instrument contondant est hautement évocatrice de sévices d'actions. Les aspects les plus souvent rencontrés sont les suivants :

- aspect en boucle, correspondant à l'impact d'un lien replié tel que corde, ceinture, fil à linge...
- reproduction de l'empreinte d'une main, qui disparaît souvent rapidement mais suppose une force d'application importante, capable d'engendrer une fracture ;
- reproduction de forme d'objets contondants : casserole, bâton, boucle de ceinture...
- marque circonférentielle des poignets ou des chevilles chez des enfants ayant été attachés.



Figure 5 d'après Lasek (28): Ecchymoses du visage d'un nourrisson de deux mois apparues après avoir été maintenu trop fermement afin qu'il prenne son biberon de force.



Figure 6 d'après Lasek (28): Hématomes du bras gauche chez un enfant après avoir été maintenu trop fermement.

Il est important de ne pas confondre les lésions cutanées liées à des sévices et celles liées à une dermatose autonome ou à une localisation cutanée de pathologie systémique.

Les conséquences judiciaires peuvent être lourdes, une erreur de diagnostic pouvant conduire à une incarcération non justifiée. Des suicides, liés à une accusation de maltraitance non fondée, ont été décrits.

Il faudra donc bien prendre garde à ne pas confondre des ecchymoses d'enfants maltraités avec des ecchymoses dues à une pathologie de la coagulation (hémophilie, maladie de Willebrand), à un purpura plaquettaire (thrombopénies dans le cas d'une leucémie, thrombopathie due à une consommation d'aspirine par exemple), à un purpura rhumatoïde ou encore au syndrome d'Ehlers-Danlos.

2.1.1.1.2. Les plaies (23) :

Elles sont polymorphes et permettent parfois d'identifier l'agent causal : plaies linéaires (fouet, fil électrique...), griffures, plaies contuses des morsures, plaies par instrument piquant ou tranchant, sillon circulaire autour des poignets ou des chevilles secondaire à une contention.

2.1.1.1.3. Les brûlures (45) :

Elles sont constatées chez près de 10% des enfants maltraités.

Elles peuvent être secondaires à une immersion forcée dans un bain brûlant, entraînant essentiellement des lésions des fesses, du périnée et des membres inférieurs. Elles peuvent être dues au contact d'un objet brûlant avec la peau (fer à repasser, tisonnier, cigarette), elles sont alors profondes, parfaitement circonscrites et reproduisent la forme de l'objet brûlant. Dans le cas de brûlures intentionnelles, la profondeur de la brûlure est uniforme et les limites entre peau saine et peau brûlée sont nettes.

On distingue différents degrés de gravité de la brûlure :

- 1er degré, à type d'érythème
- 2e degré, avec phlyctènes
- 3e degré, carbonisées, sèches, translucides
- 4e degré atteignant les tissus sous-jacents (graisse, muscles, os), correspond à la carbonisation



Figure 7 d'après Lasek (28): Ébouillement par immersion forcée d'une fillette de deux ans : brûlure profonde étendue bien limitée avec un respect des plis de flexion du cou (aspect zébré).

Les principaux diagnostics différentiels sont :

- les cicatrices d'infections cutanées (impétigo) qu'il peut être difficile de distinguer de cicatrices de brûlure par une cigarette,
- les réactions allergiques importantes,
- les dermatoses bulleuses comme l'épidermolyse bulleuse, la porphyrie cutanée ou l'érythème polymorphe,
- les angiomes plans ou tubéreux,
- les photodermatoses.

2.1.1.1.4. Les alopecies (53) :

L'alopecie correspond à une perte de cheveux. Elle peut être liée à une carence nutritionnelle, dans ce cas les cheveux stoppent leur croissance, s'éclaircissent et leur diamètre décroît. La perte de cheveux peut être liée à un arrachement provoqué, on a alors une plaque pseudo-péladique de cuir chevelu.



Figure 8 d'après Lasek (28): Alopecie traumatique.

Il faut faire le diagnostic différentiel avec la trichotillomanie où l'enfant s'arrache lui-même ses cheveux. Cela signe tout de même un problème psychique sous-jacent.

2.1.1.1.5. Les morsures (45) :

Chez un enfant toute morsure doit être considérée comme intentionnelle jusqu'à preuve du contraire.

La morsure humaine s'identifie par sa forme et sa taille. Une trace de morsure se compose de l'empreinte dentaire de l'agresseur, d'une trace de succion plus ou moins marquée et d'une contusion de la peau par compression entre la langue et les arcades dentaires. La morsure humaine est de forme élliptoïde ou ovalaire.

La forme de description classique est celle de l'empreinte laissée par les quatre incisives et les deux canines de chaque maxillaire. La marque des canines est triangulaire alors que celle des incisives est rectangulaire. Dans certains cas l'empreinte arrondie des prémolaires est retrouvée.

Lorsqu'il s'agit d'une morsure humaine, la distance entre les deux canines d'un même maxillaire varie de 2,5 à 4,5cm. Ces variations sont liées au caractère élastique de la peau et aux variations anatomiques individuelles. Si l'écart est inférieur à 2,5cm on peut supposer qu'il s'agit d'une morsure d'enfant aux arcades dentaires munies de dents lactéales.

Devant toute suspicion de sévices, la présence de morsure doit faire réaliser des photographies des lésions avec test millimétrique coloré à côté de la morsure, prélèvement cutané à la recherche de salive de l'agresseur et moulage de l'empreinte dentaire laissée sur la peau montrant les absences dentaires, les dents en rotation etc. Pour l'étape de l'empreinte, il est préférable de faire appel à un chirurgien dentiste formé à la médecine légale.

Pour le diagnostic différentiel, la forme de la morsure humaine adulte ne doit pas être confondu avec une morsure d'enfant comme vu plus haut.

La morsure d'animal, en particulier du chien, est facilement diagnostiquée : morsure en U, rapport entre la hauteur des canines et des incisives très supérieur à celui de l'homme, mesure de l'écartement interincisif plus grand que celui de l'homme.

Enfin certaines dermatoses tel que l'eczéma, le pityriasis rosé ou certaines dermatophytoses de la peau glabre peuvent reproduire la forme de morsure sans en avoir l'empreinte caractéristique. L'histoire de la maladie permet alors de corriger rapidement le diagnostic.

2.1.1.2. Les lésions internes :

2.1.1.2.1. Les fractures (23,27) :

Les lésions osseuses sont présentes dans environ 20% des sévices physiques. Elles sont suffisamment spécifiques pour permettre un diagnostic immédiat ou rétrospectif par la radiographie. Elles constituent un ensemble de lésions qui définit le syndrome de Silverman.

Les mécanismes responsables des lésions osseuses sont de deux ordres :

- indirect : traction soudaine et violente par un membre ou rotation forcée d'une extrémité ;
- direct : contusions violentes appliquées directement sur l'os concerné (coup de poing, de pied, projection sur un plan dur ou coup avec un objet contondant).

L'ensemble du squelette est susceptible d'être touché. Les extrémités sont cependant les plus souvent atteintes avec des fractures métaphysaires et épiphysaires, suivies par le crâne et la cage thoracique. Notons aussi que la consolidation anormale d'une fracture diaphysaire, généralement d'origine accidentelle, avec existence d'un cal vicieux est très évocatrice de maltraitance. Elle correspond en effet nécessairement à la négligence d'une fracture ancienne déplacée et non réduite.

Les lésions osseuses sont spécifiques de sévices lorsqu'elles sont multiples et multifocales. La consolidation osseuse, à des stades différents indique que les sévices ont été répétés.

Certaines lésions sont hautement évocatrices de maltraitance : fracture ancienne négligée avec cal hypertrophique, fracture métaphysaire, fracture de l'arc postérieur d'une côte, fracture sternale, fracture de l'acromion, fracture des épineuses et des apophyses transverses des vertèbres, embarrure occipitale.



Figure 9 d'après Chateil (53): fracture diaphysaire avant l'âge de la marche, signe évocateur de maltraitance.

L'association de lésions externes et de fractures multiples et d'âges différents est pathognomonique de sévices.

On devra poser un diagnostic différentiel lors de la découverte d'un syndrome de Silverman. On peut rencontrer de multiples fractures chez un enfant touché par une ostéogenèse imparfaite, une pseudoarthrose congénitale, une ostéomyélite, une hypervitaminose A, la maladie des os de marbre (maladie d'Albers-Schönberg) ou la maladie de Caffey qui entraîne des remaniements périostés intéressant la clavicule, la mandibule et les os longs. Plus rarement on rencontrera des fractures dans les cas de scorbut ou de syphilis congénitale.

2.1.1.2.2. Les traumatismes crâniens (53) :

Ils représentent la première cause de décès du nourrisson maltraité. Les fractures crâniennes les plus évocatrices de mauvais traitements touchent l'os occipital, sont de type stellaire et mesurent plus de 5mm de large. Les fractures multiples, complexes, étoilées, avec franchissement de suture sont également évocatrices.

Des lésions intracrâniennes peuvent exister en l'absence de fracture du crâne. Les hématomes sous-duraux s'observent essentiellement chez l'enfant de moins de 2 ans, particulièrement entre 3 et 8 mois. Ils sont favorisés par l'augmentation de pression veineuse secondaire aux cris et par la compression thoracique. Ils sont le plus souvent situés dans la région inter-hémisphérique pariéto-occipitale chez les « enfants secoués » et dans les convexités des hémisphères chez les enfants victimes de chocs directs.

Ils se manifestent par une symptomatologie aiguë ou chronique :

- dans les formes chroniques, l'augmentation de la vitesse de croissance du périmètre crânien peut être la seule manifestation initiale et doit conduire à la réalisation d'examen complémentaires. Elle peut être associée à des troubles du comportement (irritabilité excessive, somnolence anormale), à des troubles alimentaires (anorexie, vomissements, stagnation pondérale) ou à des signes neurologiques (malaise, convulsion) ;
- les formes aiguës réalisent un tableau de détresse vitale neurologique avec des troubles de la conscience, parfois associés à un état de mal convulsif et à une pâleur traduisant une anémie.

Le syndrome des « enfants secoués » décrit par Caffey en 1974, représenterait une cause majeure de sévices dans la première année de vie. Il est défini par la survenue de contusions cérébrales et/ou d'hémorragies sous-durales et sous-arachnoïdiennes, secondaires à des mouvements de translation et de rotation brutale imposés à la tête du nourrisson, sans choc crânien direct. Ces circonstances de découverte sont les mêmes que celles des hématomes sous-duraux. Les convulsions seraient présentes dans 40 à 70% des cas.

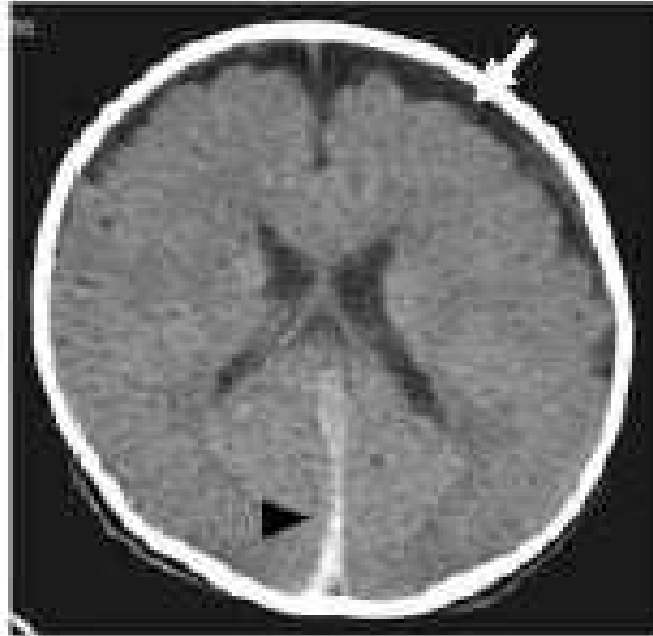


Figure 10 d'après Chateil (53): hématomes sous-duraux dans le cadre d'un traumatisme crânien infligé par secouement.

Des hémorragies rétinienes sont fréquemment associées (65 à 95% des cas) et constituent un bon argument en faveur du diagnostic ; elles sont classiquement diffuses et bilatérales, parfois associées à un décollement rétinien et/ou à une hémorragie du vitré. Elles doivent être systématiquement recherchées devant un tableau clinique évocateur ou face à un malaise grave inexpliqué du nourrisson.

2.1.1.2.3. Les lésions viscérales (27,45) :

L'abdomen de l'enfant est particulièrement sujet aux lésions de contusions étant donnée la faible épaisseur de la paroi musculo-adipeuse abdominale et la relative importance des viscères solides par rapport au volume total de la cavité abdominale. D'autre part, le volume de l'abdomen, réduit chez l'enfant, permet lors d'un seul impact de toucher plusieurs organes adjacents. Par exemple, foie, pancréas et rate touchés avec un seul coup de poing.

L'abdomen, non protégé par une paroi osseuse, est vulnérable. A ce titre, les lésions intra-abdominales sont la seconde cause de décès chez les enfants battus.

Les mécanismes responsables des lésions viscérales sont au nombre de trois :

- il peut s'agir, le plus souvent, d'un écrasement d'un organe plein entre l'agent traumatique (pied, poing, objet contondant) et la colonne vertébrale ou un plan dur.
- ailleurs, cette compression soudaine et violente de l'abdomen, lorsque le dos est appliqué sur une surface plane et inextensible, est de nature à provoquer un éclatement des organes creux digestifs.
- une décélération brutale (défenestration par exemple) peut entraîner un arrachement des pédicules vasculaires alimentant les organes abdominaux ou à provoquer une rupture des vaisseaux cave et mésentériques.

2.1.1.2.4. Les lésions oculaires

L'atteinte ophtalmologique lors de sévices à enfants est connue depuis des siècles puisque de tous temps on aveuglait des enfants pour en faire des mendiants. C'est à Aikman, en 1928, que revient la première description des hémorragies rétiniennes. Kiffney en 1964 individualise les manifestations oculaires des sévices à enfants qui se retrouvent dans 20 à 40% des cas.

Elles doivent être systématiquement recherchées par un examen à la lampe à fente et un fond de l'œil.

Tout composant de l'œil peut être atteint.

◆ Les lésions tégumentaires :

Les traumatismes tégumentaires de la région de l'orbite sont fréquemment rencontrés. L'ecchymose de cette région est volontiers œdémateuse. Un traumatisme contondant survenant sur le plan sous-jacent de l'anneau orbitaire peut engendrer une lacération cutanée, en dehors de toute plaie par instrument tranchant.

◆ Les atteintes de l'œil :

La conjonctive

Des hémorragies conjonctivales, focales ou diffuses s'observent lors de traumatismes directs ou lors de traumatismes à distance (strangulation, compression thoracique). Elles ne sont pas pathognomoniques des sévices à enfants et peuvent se rencontrer en cas d'hypertension artérielle, de coagulopathie ou de pathologie infectieuse. Elles sont aussi liées au traumatisme obstétrical.

La chambre antérieure, le cristallin, l'iris

Un épanchement sanguin dans la chambre antérieure de l'œil (hyphéma) traduit un traumatisme oculaire violent par choc direct. Il est possible d'observer des cicatrices cornéennes, un glaucome, des modifications de taille ou de morphologie de la pupille. Ces lésions peuvent être consécutives à un traumatisme accidentel ou à une malformation congénitale.

Un aspect évocateur de traumatisme par choc direct est la présence d'un anneau pigmenté cristallinien lié à l'impact de l'anneau pupillaire sur le cristallin.

Le segment postérieur

La présence d'hémorragies rétinienne est une manifestation cardinale du syndrome de l'enfant secoué bien qu'elle ne soit pas pathognomonique. Elle s'y rencontre une fois sur deux et quasi constamment en cas de décès de l'enfant. Elle est en effet corrélée à un pronostic péjoratif.

Volontiers de topographie maculaire ou du pôle postérieur, ces hémorragies touchent le plus souvent les couches rétinienne superficielles : hémorragies en flammèche. Ces hémorragies rétinienne régressent rapidement, sur quelques jours, lorsqu'elles sont de petite taille et superficielles. Elles peuvent persister plusieurs mois si elles sont plus vastes et maculaires.

◆ Autres atteintes de l'oeil :

Parmi les autres manifestations qui peuvent être rencontrées, citons :

- le décollement de rétine ;
- la perte de vision par atrophie optique, secondaire à un œdème papillaire (hypertension intracrânienne, traumatisme direct du nerf, saignement orbitaire) uni ou bilatéral ;
- un strabisme séquellaire, consécutif à une lésion des IIIe, IVe et VIe paire de nerfs crâniens ;
- un nystagmus ;
- les conséquences oculaires d'une maladie infectieuse (chlamydia, syphilis, herpès, VIH)

Le diagnostic différentiel des hémorragies rétinienne dues à une maltraitance physique devra être fait avec une hémorragie causée par le traumatisme obstétrical, un traumatisme crânien, une HTA sévère, une vascularite, une pathologie de la coagulation ou encore une réanimation (compression thoracique).

2.1.1.2.5. Les lésions otiques

On observe essentiellement deux types d'atteinte de l'oreille chez les enfants battus :

- ◆ Perforation du tympan :

La perforation est causée par une gifle trop appuyée. Elle est facilement détectable par la douleur et la surdité qu'elle entraîne.

- ◆ Othématome :

Il s'agit d'un épanchement sanguin entre le cartilage et le périchondre du pavillon, suite à un traumatisme violent sur l'oreille. Il entraîne une déformation considérable de pavillon de l'oreille et se présente sous la forme d'une tuméfaction arrondie, lisse et de couleur violacée. C'est une lésion douloureuse mais sa résorption spontanée fait que l'enfant n'est pas amené en consultation médicale la plupart du temps.

L'oreille présente par la suite une cicatrisation inesthétique, caractérisée par la rétraction de sa moitié supérieure et une apparition de plis sur la gouttière de l'hélix, devenue globuleuse.

L'othématome peut s'infecter et se compliquer en chondrite, laissant encore plus de cicatrices.

2.1.1.3. Les lésions dues à un abus sexuel (17, 53) :

L'abus sexuel a été défini comme « la participation d'un mineur à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriées à son âge et à son développement psychosexuel, qu'il subit sous la contrainte par violence ou par séduction ou qui transgresse les tabous sociaux ».

On distingue deux formes : les abus intrafamiliaux (inceste) et les abus extrafamiliaux.

On les classe en trois types :

- les abus de la sphère sensorielle constitués par l'exhibitionnisme, les appels téléphoniques obscènes, la prise de vue ou le visionnage de films pornographiques.
- les abus du stade de la stimulation caractérisés par les attouchements sexuels.
- les abus du stade de la réalisation correspondant aux tentatives de viol ou au viol avec pénétration orale, vaginale, anale.

Une multitude de signes et de symptômes évocateurs d'abus sexuels ont été rapportés. Attention cependant, aucun signe pris isolément ne permet d'affirmer à lui seul que l'enfant est victime, c'est la conjonction de plusieurs facteurs qui doit attirer notre attention (18).

On rencontre :

- *des troubles psychosomatiques* : douleurs abdominales et pelviennes, encoprésies ou énurésies secondaires, prurit génital, anorexie ou boulimie, obésité ;
- *des troubles généraux du comportement* : fugue, tentative de suicide, troubles du sommeil, isolement et repli sur soi, agressivité, hyperactivité, comportement de séduction, refus de se laver ou de se déshabiller, phobie du contact physique ;
- *des troubles scolaires* : désinvestissement ou hyper-investissement, difficultés de concentration, modification des résultats scolaires ;
- *des troubles sexuels* : masturbation compulsive, crainte inexplicable de grossesse, propos ou jeux sexuels inadaptés à l'âge, inhibition ou pudeur excessive, abus sexuels sur d'autres enfants.

2.1.1.3.1. Les lésions directes (46) :

Lors d'abus sexuels le chirurgien dentiste peut repérer des lésions buccales au niveau des freins labiaux et lingual et du palais. Lésions infligées lors de fellations forcées. Ces types de lésions seront développées plus bas.

Pendant l'examen médical de l'enfant, le légiste pourra observer des lésions directes au niveau de la face interne des cuisses (traces de sang ou de sperme, excoriations par coups d'ongles, ecchymoses), lésions de la vulve de l'hymen ou de l'anus.

L'examen des creux inguinaux peut révéler la présence d'adénopathies évocatrices de maladies sexuellement transmissibles qui peuvent causer de nombreuses lésions secondaires.

2.1.1.3.2. Lésions dues à la syphilis (23) :

Lors de fellations forcées on peut remarquer un chancre syphilitique buccal chez les enfants victimes lors de la phase primaire de l'infection. Le chancre est induré (l'induration ne dépasse pas la base de l'ulcération), en général indolore et il disparaît après 5 à 6 semaines. C'est une érosion superficielle, arrondie et régulière de 0,5 à 2cm de diamètre, ses bords sont plats, le fond est lisse, vernissé et de couleur rouge.

Lors de la syphilis secondaire on peut observer des gomes (tuméfactions limitées de consistance gommeuse) au niveau des lèvres, des gomes ulcérées au niveau du palais pouvant aboutir à des communications bucco-sinusiennes, une glossite gommeuse scléreuse ou ulcéro-gommeuse au niveau de la langue.

2.1.1.3.3. Lésions dues au VIH (45) :

Le sida a des manifestations buccales que l'on peut rencontrer chez les enfants victimes de sévices sexuels par voie orale. La primo-infection se caractérise par un exanthème maculopapuleux s'accompagnant d'une angine, d'ulcérations de la cavité buccale et d'un syndrome mononucléosique. A cette manifestation précoce on découvre dans de nombreux cas des infections secondaires à l'immunodéficience telles que :

- ◆ *Candidose* : fréquente à tous les stades du sida, le muguet buccal est le plus fréquent. On rencontre aussi des candidose érythémateuses, des perlèches et des candidoses chroniques kératosiques.
- ◆ *Herpès buccal* : on peut observer une primo-infection grave avec ulcérations nécrotiques et hémorragiques ou une glossite herpétique.
- ◆ *Lésions à papilloma-virus* : les premières lésions reconnues sont en général de minuscules papules ou des zones hypochromes.
- ◆ *Leucoplasie orale chevelue* : retrouvée chez 20% des sujets infectés par le VIH, elle est due à l'EBV et c'est un marqueur d'évolutivité.
- ◆ *Gingivites et parodontites* : on retrouve des gingivites érythémateuses, ulcéro-nécrotiques et des parodontites sévères avec atteinte osseuse, abcès et cellulite.

2.1.2. Les signes cliniques bucco-faciaux :

L'extrémité céphalique est atteinte dans au moins 25% des sévices par coups et elle serait également atteinte dans 15% des sévices sexuels.

2.1.2.1. Examen exo-buccal (53) :

Lors de l'examen facial de l'enfant le chirurgien dentiste est à même d'apprécier les lésions des tissus mous comme les ecchymoses, les plaies ou les brûlures. Il pourra aussi observer des lésions résultant de traumatismes répétés : nez de boxeur, multiples cicatrices sur la lèvre inférieure, décollement du lobe de l'oreille. Ces signes sont quasi pathognomoniques de la maltraitance physique.

La radiographie panoramique pourra aussi alerter le praticien. Les fractures du maxillaire sont rares mais peuvent survenir, les fractures de la mandibule sont elles plus fréquentes. Les fractures des ATM sont à rechercher systématiquement au vu de leur conséquence dramatique sur la croissance.

2.1.2.2. Examen endo-buccal

Le chirurgien dentiste pourra retrouver chez des enfants maltraités les lésions suivantes :

2.1.2.2.1. Lésions dentaires (6) :

L'organe dentaire peut être lésé de trois façons lors de sévices physiques :

- ◆ Fractures dentaires :

Les fractures des incisives sont fréquentes chez les enfants. Proportionnellement très peu sont secondaires à un traumatisme intentionnel mais elles peuvent être un signe de maltraitance. La plupart résultent d'un mécanisme direct par coup de poing ou coup porté avec un objet contondant. L'inspection doit être soigneuse afin de rechercher sur toutes les faces dentaires une fracture ou une fêlure coronaire.

L'examen doit se poursuivre par une percussion douce de toutes les dents. Une douleur à la percussion ou une mobilité doit faire réaliser un cliché rétro-alvéolaire à la recherche d'une fracture radiculaire. Il est fréquent de retrouver des fractures radiculaires en l'absence de toute atteinte coronaire.

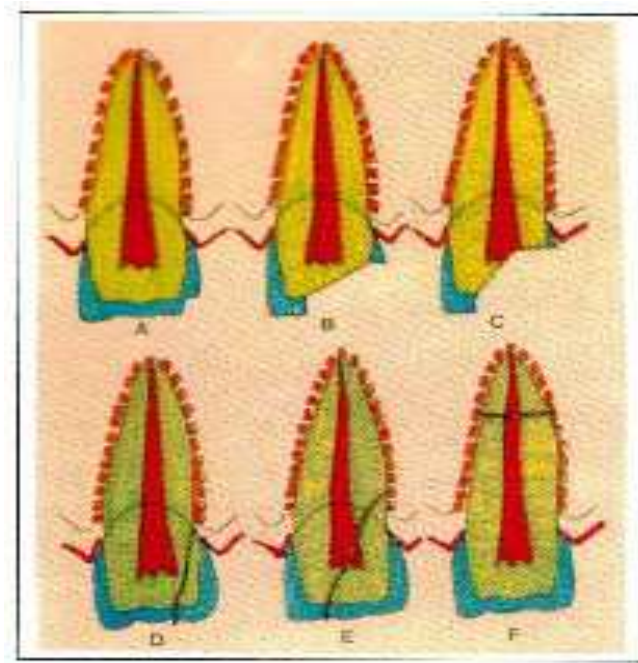


Figure 11 d'après Caprioglio (6): Types de fractures dentaires

- A: Fracture coronaire amélaire
- B: Fracture coronaire amélo-dentinaire simple
- C: Fracture coronaire amélo-dentinaire compliquée
- D: Fracture corono-radulaire simple
- E: Fracture corono-radulaire compliquée
- F: Fracture radulaire

◆ Luxations et avulsions dentaires :

L'avulsion ou luxation dentaire se définit comme une désolidarisation complète de la dent de son alvéole. Le mécanisme est presque toujours direct. La présence d'une ecchymose péri ou intra-alvéolaire confirme le caractère récent du traumatisme. En cas d'avulsions multiples, une différence entre le nombre de dents récupérées et le nombre d'alvéoles vides impose la réalisation de radiographies abdominale et thoracique de face à la recherche de l'ingestion ou de l'inhalation d'une dent manquante.

La subluxation dentaire concerne des dents partiellement déplacées de leur alvéole originelle. Il est important de noter le degré de mobilité qui doit faire émettre des réserves quant à la vitalité ultérieure de la dent concernée.

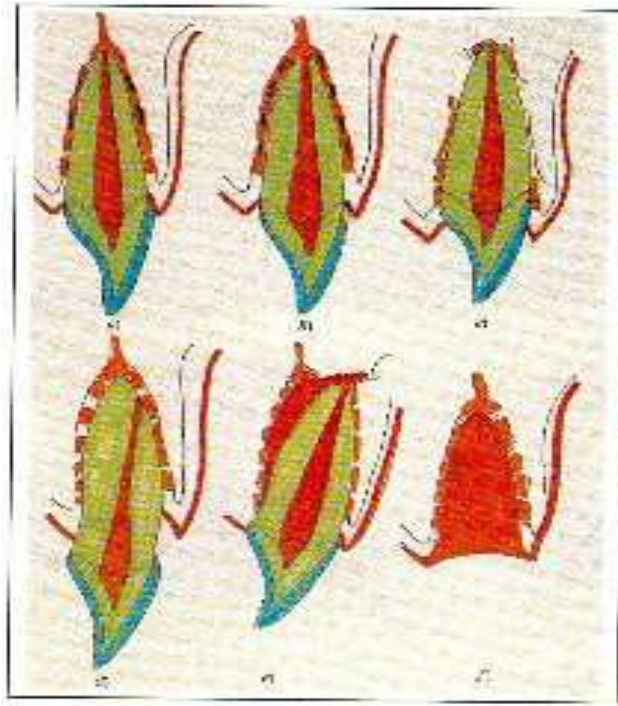


Figure 12 d'après Caprioglio (6): Les traumatismes desmodontaux.

- A : contusion dentaire
- B : sub-luxation
- C : luxation en ingression
- D : luxation en égression
- E : luxation latérale
- F : luxation complète

◆ Réinclusion dentaire traumatique :

En raison de l'existence d'une racine plus petite, les dents déciduales sont plus à même d'être réincluses que les définitives. Les mécanismes responsables des réinclusions peuvent être directs par choc vertical sur les dents ou indirects (choc sur le menton) qui entraîne un contact violent entre les arcades supérieure et inférieure. Les réinclusions peuvent être partielles ou complètes.

En cas de réinclusion complète la dent peut être intégralement réincluse dans la gencive, donnant un pseudo-aspect d'avulsion.

En cas de réinclusion partielle, la dent apparaît plus courte que les autres dents.

2.1.2.2.2.

Lésions osseuses :

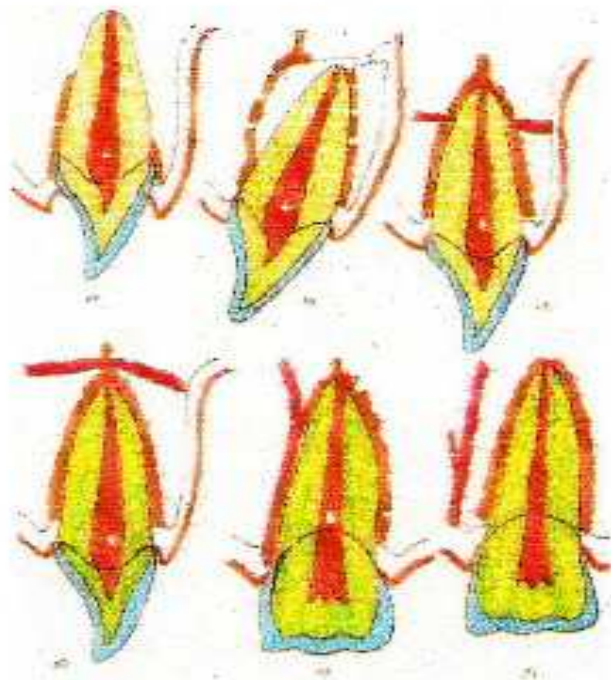


Figure 13 d'après Caprioglio (6): Les traumatismes osseux.

Un choc violent au niveau de la cavité buccale de l'enfant est à même d'entraîner des fractures des processus alvéolaires voire de l'os basal comme schématisé sur la figure 13.

2.1.2.2.3.

Lésions des muqueuses (43,45) :

- ◆ *Les freins labiaux* : deux mécanismes peuvent être responsables de lésions des freins. Le premier est un coup porté directement sur la bouche, coup qui entraîne un déplacement forcé de la lèvre au-delà de la résistance du frein et sa rupture partielle ou totale. Le second mécanisme est l'introduction violente d'un objet à l'intérieur de la bouche. Il s'agit souvent d'une cuillère violemment introduite dans la bouche d'un enfant qui refuse de manger. L'enfant serre ses mâchoires, empêchant l'introduction de la cuillère qui ripe sur la gencive et sectionne le frein labial.
Face à de telles lésions l'âge de l'enfant est très important à prendre en considération. Il est en effet possible que ces lésions surviennent accidentellement lors d'une chute. Elles sont fréquentes à l'apprentissage de la marche entre 9 mois et 2 ans. En dehors de cet intervalle une déchirure des freins labiaux est suspecte.
- ◆ *Les lèvres* : elles peuvent être atteintes isolément ou en association avec les freins labiaux. Les lésions constatées le plus souvent sont des contusions. Des plaies, des abrasions cutanées voire des brûlures peuvent être rencontrées. L'origine la plus fréquente est un coup de poing ou un coup porté avec un objet contondant. La lèvre est alors écrasée contre l'arcade dentaire. Lorsque le coup est particulièrement appuyé, les dents peuvent créer des lésions transfixiantes. On observe alors une plaie cutanée. La négligence de ces lésions peut mener à un abcès labial.

- ◆ *La langue* : elle peut être lésée lorsque l'enfant reçoit un coup de poing sur la mandibule qui écrase la langue entre les arcades. La pointe de la langue peut être touchée mais dans la majorité des cas c'est le bord latéral qui est concerné. Là encore il peut s'agir de lésion accidentelle mais dans ce cas la notion de choc sur le menton doit être retrouvée. A côté des lésions du corps lingual, des ruptures ou des déchirures partielles du frein lingual peuvent être observées. Le mécanisme responsable est ici une traction forcée de la langue hors de la cavité buccale. Le frein vient alors se déchirer sur les incisives mandibulaires.
- ◆ *La cavité buccale* : la face interne des joues, le palais et le pharynx doivent être inspectés à la recherche de lésions contuses (introduction en force du biberon, de la cuillère...) et de brûlures.

2.1.2.2.4. Négligences (19,20) :

Il est toujours difficile de faire la distinction entre des négligences dues à une omission intentionnelle de traitement ou à une simple ignorance des parents de l'hygiène voire à un défaut de soin lié à l'état économique familial. La présence d'un état bucco-dentaire déplorable peut cependant apporter un élément de plus lorsqu'il existe un doute sur des sévices.

Il est du devoir du chirurgien dentiste de faire de l'éducation à l'hygiène tant avec l'enfant qu'auprès des parents.

Le syndrome du biberon se retrouve chez des enfants subissant une négligence parentale ou un maternage excessif nocif. Ces enfants sont laissés avec un biberon contenant un liquide sucré (soda, lait, eau avec sirop...) dans leur chambre pour qu'ils s'apaisent et sans autres soins par ailleurs. Ils développent alors de nombreuses caries. Dans ces cas, on a affaire généralement à des enfants en risque puisque les parents ne cherchent pas à nuire à leur enfant mais ont une conduite inappropriée par ignorance.

2.2 Les signes traumatiques des sévices psychologiques et des négligences :

L'enfant a des besoins pour se développer harmonieusement sur le plan psychomoteur et psychoaffectif. Ces besoins sont d'ordre physiologique et affectif : amour, protection, stabilité, encouragement...

La non-satisfaction de ces besoins peut entraîner dénutritions allant jusqu'au décès, hypotrophies staturo-pondérales, retards psychomoteurs et troubles du comportement (56).

La cruauté mentale a été définie par l'ODAS comme « l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse les capacités d'intégration psychologique : humiliation, menace répétée, marginalisation systématique, dévalorisation systématique, exigence excessive disproportionnée à l'âge de l'enfant, consignes et injonctions contradictoires ou impossibles à respecter ».

Les répercussions de cette cruauté mentale sont caractérisées par des troubles du développement psychomoteur et psychoaffectif, des troubles anxiodépressifs notamment avec sentiment d'autodépréciation, des troubles du comportement et de l'adaptation sociale.

2.2.1. Aspect général :

L'aspect de l'enfant est parfois évocateur d'une carence de soins. Il paraît miséreux ou bien dans des conditions d'hygiène mauvaises.

Beaucoup de lésions cutanées s'intègrent dans le cadre d'une carence de soins. On peut en effet retrouver une saleté de l'enfant, une ectoparasitose (poux, puces, sarcopte de la gale), des abcès ou encore des dermatoses impétiginisées. Elles indiquent une absence de soin pendant une longue période et ne peuvent correspondre à un fait accidentel.

Les vêtements de l'enfant peuvent être révélateurs de maltraitance. Des manches longues alors qu'il fait chaud peuvent cacher des ecchymoses. A l'inverse un enfant découvert alors qu'il fait froid peut être négligé par ses parents.

Il faut toutefois se rappeler que l'aspect peut être trompeur et qu'un enfant propre, se tenant bien et issu d'un milieu socio-économique favorisé peut être victime de cruauté mentale ou d'abus sexuel sans que rien n'y paraisse.

2.2.2. Troubles du comportement :

Même s'il ne détecte pas de signe physique de maltraitance, le chirurgien dentiste doit pouvoir analyser les troubles du comportement des enfants victimes de sévices ou des parents.

2.2.2.1. Chez le nourrisson et l'enfant jeune (20,23):

Les signes suivant devront attirer notre attention :

- ◆ *Évitement du regard* : l'enfant évite le regard de son parent alors qu'il établit un contact normal avec le dentiste ;
- ◆ *Attitude de vigilance* : l'enfant est aux aguets, extrêmement attentif à l'état émotionnel de ses parents pour s'y adapter ;
- ◆ *Avidité affective* : l'enfant s'attache très vite à tout adulte, sans discrimination et sans méfiance vis à vis de l'étranger ;
- ◆ *Tics de balancement* : témoignage d'une carence affective majeure.

2.2.2.2. Chez l'enfant plus âgé (26) :

On pourra noter :

- ◆ *Une apathie, une tristesse* de l'enfant ;
- ◆ *Une terreur* causée par le dentiste ou tout adulte, enfant esquissant des gestes d'évitement dès qu'on tente de l'approcher ;
- ◆ *Une agitation ou une provocation*, enfant cherchant en permanence à induire une réaction violente de l'adulte.

2.2.2.3. Chez les accompagnants (8,30) :

Les réactions des accompagnants peuvent trahir une situation anormale. On peut noter des signes d'alerte tels que :

- ◆ Des *explications peu plausibles*, contradictoires concernant les lésions observées. En effet, lorsqu'un traumatisme est d'origine accidentelle, le parent fournit habituellement une explication claire et précise, même s'il n'a pas été témoin de l'événement. Si l'interrogatoire est répété, l'histoire ne varie pas, bien qu'elle puisse se préciser avec l'ajout de détails secondaires. Il faut se méfier lorsqu'on ne peut obtenir de justificatif de lésions traumatiques importantes. Une histoire qui diffère selon les personnes interrogées doit attirer l'attention, c'est pourquoi un interrogatoire séparé des témoins de l'événement est recommandé ;
- ◆ Un *empressement à quitter le cabinet* dentaire. Le parent maltraitant peut se sentir mal à l'aise et montrer des signes d'impatience ;
- ◆ Un *manque d'intérêt* pour la gravité de l'état de l'enfant. Les parents qui maltraitent leurs enfants sont souvent plus préoccupés par leurs propres besoins que par ceux de leur enfant. Ils manifestent de plus un manque de plaisir à être avec l'enfant et formulent souvent des critiques à son égard ;
- ◆ Un *exposé de craintes banales* non liées à la santé bucco-dentaire de l'enfant ;
- ◆ Une *attitude suspecte* par rapport à l'enfant avec manque de contact visuel, tactile ou verbal. Très souvent les parents ne manifestent pas de réaction à la douleur ou à l'inconfort de l'enfant ou en sont agacés. Il arrive que les parents usent de la correction physique durant la consultation.

2.2.3. Troubles psychologiques (15,20) :

On décrit cinq types de sévices psychologiques : le rejet, l'ignorance, l'isolement, la terreur et la corruption. Ils peuvent aboutir à :

- ◆ *un épuisement psychique de l'enfant* avec dépression, retard psychomoteur, désintérêt pour tout apprentissage avec écroulement scolaire ;
- ◆ *la mise en place de pathologies de la personnalité* telles que les psychoses précoces ou plus tardives, une schizophrénie, une psychopathie, des perversions ou des pathologies limites ;
- ◆ *des conduites de mises en danger* avec des tentatives de suicide, des automutilations, conduite sous l'effet de l'alcool ou de drogues ;
- ◆ *des conduites agressives* sur d'autres enfants souvent plus jeunes, des conduites sadiques vis à vis des autres ou d'animaux, violences envers les adultes.

2.2.4. Retard du développement psychomoteur (26,46) :

Il s'agit d'un retard global des acquisitions psychomotrices chez un nourrisson gravement délaissé. On peut observer une hypotonie axiale, un retard dans la préhension des objets, un retard dans l'acquisition de la station assise ou de la marche, une incoordination psychomotrice, un retard de langage et un retard des acquisitions sphinctériennes.

Ce tableau peut faire évoquer une pathologie neurologique initialement mais la récupération spectaculaire dès que l'enfant est stimulé fait le diagnostic différentiel. A condition toutefois que la prise en charge n'intervienne pas trop tard.

2.2.5. Hypotrophie staturo-pondérale et nanisme psycho-social (42) :

On peut rencontrer chez les enfants victimes de maltraitance une hypotrophie staturo-pondérale due soit à la privation de nourriture et/ou de sommeil soit à une perte d'appétit dans un contexte dépressif.

Le nanisme psycho-social est un ralentissement massif de la vitesse de croissance staturale chez le jeune enfant âgé de 2 à 10 ans. L'enfant maltraité voit ses cycles de sommeil déréglés et avec eux sa sécrétion d'hormone de croissance diminuée. L'accélération rapide de la croissance après la séparation de l'enfant de son milieu familial stressant est l'élément diagnostique principal.

2.2.6. Dénutrition et déshydratation (23) :

La privation d'apports alimentaires représente une forme de sévice par omission. Les conséquences de telles privations se traduisent chez les enfants par des carences protido-vitaminiques sévères aboutissant à un retard de croissance voire au décès dans les cas de cachexie sévère. On notera une protrusion abdominale et une apparente hépatomégalie. Les phanères sont rares et cassants. Pour diagnostiquer une privation volontaire on recherchera l'inadéquation entre les dires des parents et l'état de l'enfant en retard de croissance.

Troisième partie : La prise en charge de l'enfance en danger.

3.1 Le système de protection de l'enfance en France :

En France, le système de protection de l'enfance en danger s'articule selon deux axes : l'axe administratif et l'axe judiciaire avec chacun leurs prises en charge de cas particuliers et leurs fonctionnements distincts.

3.1.1. Les textes :

Le signalement d'une situation de maltraitance impose au praticien d'outre passer le devoir de secret médical. Les textes de loi encadrent cette dérogation très strictement.

3.1.1.1. La loi (13,22) :

Le secret médical est l'une des plus anciennes règles de la pratique médicale. Le principe s'impose à tout chirurgien dentiste dans les conditions établies par la loi.

L'article 226-13 du Code pénal indique que « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire, soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000€ d'amende. »

Il existe des dérogations au secret médical, notamment lors de constatation de sévices à enfants comme le prévoit l'article 226-14 du Code pénal : « L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteinte ou de mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ».

Le chirurgien-dentiste est donc autorisé à avertir les autorités compétentes et à témoigner en justice à propos de sévices ou mauvais traitements infligés à des enfants. Ces dérogations légales au secret professionnel prescrivent ou autorisent seulement une certaine révélation mais pas n'importe quelle indiscrétion, à n'importe qui, de n'importe quelle manière. Le praticien doit s'en tenir à une information « nécessaire, pertinente et non excessive ». L'obligation du secret demeure pour tout ce qui n'est pas expressément visé par les textes.

3.1.1.2. Code de déontologie (57) :

Le code de déontologie des chirurgiens dentistes énonce dans l'article R4127-235 que : « 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. »

3.1.1.3.

Schéma de la protection :

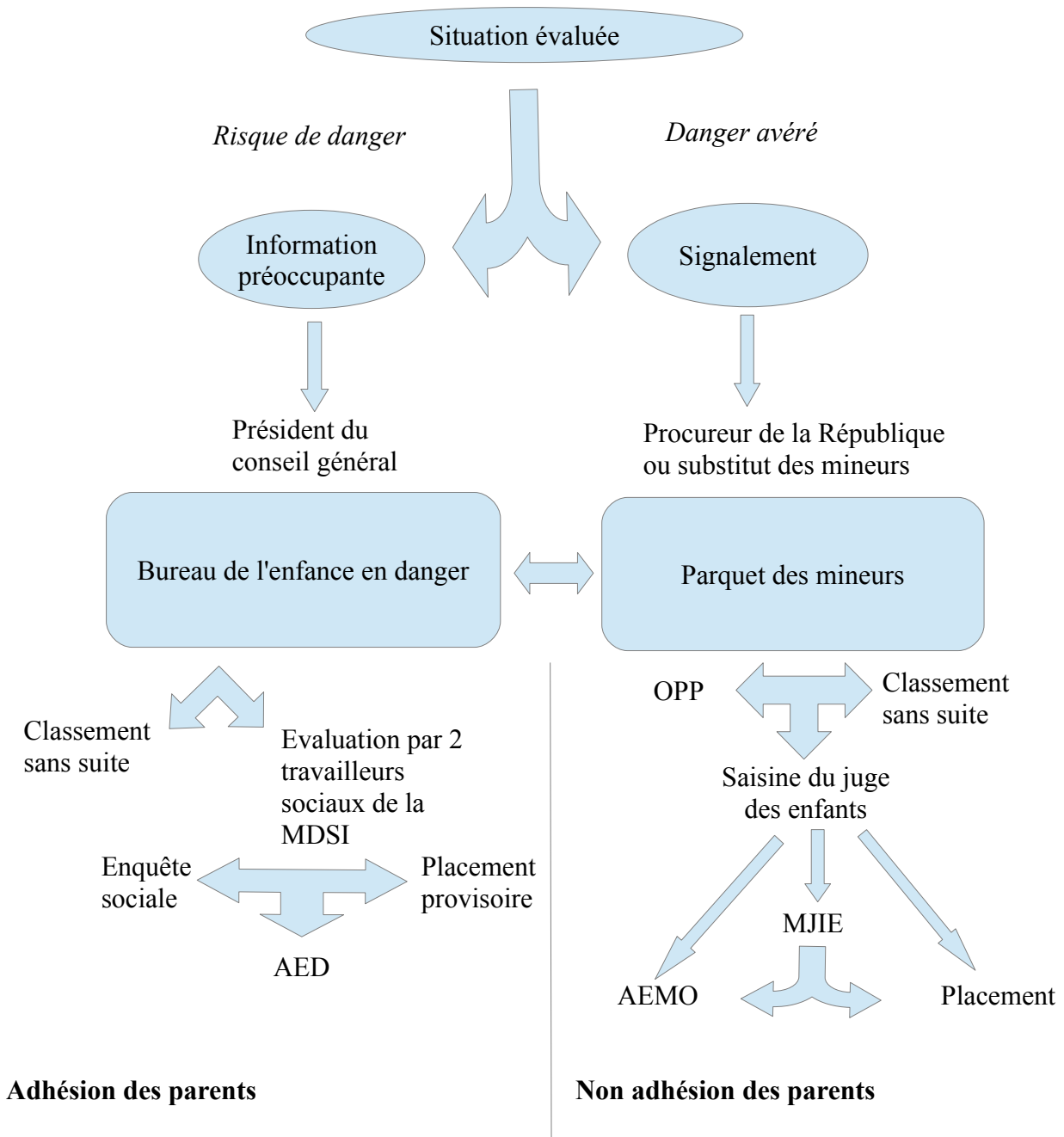


Schéma réalisé avec l'aide de **Mme Brunet**, assistante sociale au CAUVA et **Maître Gali**, avocate au barreau de Bordeaux.

MDSI : Maison départementale de la solidarité et de l'insertion, autrefois appelées Centre Médico-sociaux, elles assurent des actions diversifiées dans les domaines de l'accès au droit, de la santé, de l'action sociale et éducative en direction des familles et de leurs enfants, de l'insertion sociale et de la lutte contre les exclusions (RSA). Elles sont aussi le siège de la Protection Maternelle et Infantile.

AED : l'aide éducative à domicile est une mesure administrative dont dispose le président du Conseil général depuis la loi N°86-17 du 6 janvier 1986 qui applique au secteur sanitaire et social la loi de décentralisation du 2 mars 1982. Elle se substitue à l'AEMO dite administrative créée en 1959 pour " exercer une action sociale préventive auprès des familles dont les conditions d'existence risquent de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation de leurs enfants ". Elle consiste en une intervention d'un service d'action éducative, qui est proposée à la famille pour l'aider à surmonter ses difficultés en matière éducative. C'est une mesure administrative, les parents doivent donc donner leur accord pour qu'elle se mette en place et peuvent le stopper dès qu'ils le souhaitent.

MJIE : Mesure judiciaire d'investigation éducative, elle cherche à recueillir des éléments sur la personnalité du mineur, sur sa situation familiale et sociale et sur le sens des actes qu'il pose ou qu'il subit. Dans le cadre d'une procédure d'assistance éducative, les informations et les préconisations contenues dans le rapport écrit doivent permettre au juge de vérifier si les conditions d'une intervention judiciaire sont réunies et de proposer si nécessaire des réponses en termes de protection et d'éducation, adaptées à la situation des intéressés.

AEMO : Aide éducative en milieu ouvert, elle intervient dès lors que les conditions de vie de l'enfant sont susceptibles de le mettre en danger ou quand ses parents rencontrent des difficultés particulières dans leurs responsabilités éducatives. Cette mesure est mise en œuvre par des services éducatifs (le plus souvent gérés par des associations mais qui peuvent aussi être de statut public) à la demande de l'autorité judiciaire (le Juge des Enfants). Comme l'AED, l'AEMO a pour buts de veiller au bon développement de l'enfant dans toutes les composantes de sa vie et d'apporter aide et conseil aux parents pour les aider à faire face aux difficultés qu'ils rencontrent dans l'éducation de leurs enfants

OPP : ordonnance de placement provisoire, prononcé à l'égard d'un mineur en danger, le placement éducatif sur décision judiciaire est une mesure de protection, d'assistance, de surveillance et d'éducation qui retire temporairement un mineur de son milieu habituel de vie, lorsque celui-ci n'est pas en mesure de garantir sa sécurité ou les conditions de son éducation, ou lorsque le déroulement de la procédure pénale l'exige. Le mineur en danger peut être placé dans des établissements de la direction de la protection judiciaire de la jeunesse, de l'Aide Sociale à l'Enfance ou gérés par une association habilitée à cet effet. Le jeune peut également être placé dans un lieu de vie et d'accueil ou confié à une personne ou à un tiers digne de confiance.

3.1.2. La protection administrative :

Depuis les lois de décentralisation, la protection administrative de l'enfance en danger est placée sous l'autorité du président du conseil général (11). Les missions de prévention et de protection sont menées par le service d'aide sociale à l'enfance (ASE) en liaison avec le service départemental d'action sociale ainsi qu'avec les autres services publics compétents (12).

Le conseil général a pour mission de promouvoir la prévention de la maltraitance à enfant, de mener des actions de formation et de sensibilisation à la maltraitance et de mettre en place un dispositif de recueil des signalements de maltraitances (37).

La protection administrative se mettra en place uniquement avec l'accord des parents qui sont soit demandeurs d'aide, soit conscients de leurs difficultés à élever leurs enfants (8). Les mesures d'aide et de protection de l'enfance seront prises avec l'aval des parents.

Lors de rencontres avec des parents maltraitants on essaiera de privilégier la voie administrative par la transmission d'une information préoccupante au président du Conseil général pour la prise en charge de l'enfant maltraité et de sa famille sauf si l'enfant est dans une situation particulièrement grave, on choisira alors directement la voie judiciaire par un signalement au Parquet des mineurs (39).

3.1.2.1. Le service d'Aide Sociale à l'Enfance (25) :

Le service de l'ASE intervient auprès des familles les plus en difficulté. Il s'appuie sur des structures publiques et sur des institutions associatives habilitées. Il intervient de plusieurs manières :

- par une *aide à domicile*, qui s'exerce en direction des enfants mineurs et des femmes enceintes ainsi que des jeunes majeurs confrontés à des difficultés sociales sous la forme d'aides financières, intervention d'une travailleuse familiale ou d'une aide ménagère, soutien d'une assistance éducative en milieu ouvert administrative ;

- par des *actions collectives de prévention* ;

- par *l'hébergement et l'entretien* des mineurs confiés à l'ASE par leurs parents, des pupilles de l'État, des femmes enceintes et des mères isolées d'enfants de moins de 3 ans. L'ASE et le secteur associatif habilité accueillent aussi les mineurs confiés par le juge des enfants.

3.1.2.2. Le service de Protection Maternelle et Infantile (32) :

Au sein de la MDSI, le service départemental de PMI est placé sous l'égide d'un médecin aidé par des personnes qualifiées dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique. Les activités des services de PMI sont multiples :

- consultations prénuptiales et de planification familiale ;

- consultations prénatales et d'enfant de moins de 6 ans ;

- contrôle des structures et des personnes accueillant des enfants de moins de 6 ans : crèches, haltes-garderies, agrément et formation des assistantes maternelles ;

- visites à domicile par des sages femmes, des infirmières et des puéricultrices.

La PMI joue un rôle dans la prévention et la prise en charge des mauvais traitements à enfants. Ses actions dans ce domaine s'étendant au delà des enfants de 6 ans à tous les mineurs.

3.1.2.3. Le service social polyvalent de secteur (29) :

L'assistant social de secteur a pour mission de répondre aux difficultés que rencontrent les personnes et familles de son secteur. La circulaire du 22 octobre 1959 précise: « L'assistant social doit rechercher les causes qui compromettent l'équilibre physique, psychologique, économique ou moral d'un individu, d'une famille ou d'un groupe et mener toutes actions susceptibles d'y remédier ».

3.1.3. La protection judiciaire :

Si l'on est amené à diagnostiquer chez un jeune patient un syndrome de l'enfant battu particulièrement grave (enfants couverts d'ecchymoses ou terrorisés par son accompagnateur par exemple) ou si la nécessité de prise en charge paraît très urgente (dénutrition manifeste, lésions physiques autre que bucco-dentaires à prendre en charge, parent proférant des menaces envers l'enfant...) il faudra se tourner vers la voie judiciaire en adressant un signalement de maltraitance au procureur de la République ou à son substitut chargé des mineurs. La protection judiciaire de l'enfance en danger repose principalement sur l'action du substitut du procureur de la République chargé des mineurs et du juge des enfants (44).

3.1.3.1. Le Parquet :

Dans chaque tribunal de grande instance (TGI), un substitut du procureur de la République, le substitut des mineurs, est spécialement en charge des mineurs délinquants et des mineurs victimes. En matière de protection de l'enfance en danger, le substitut des mineurs est le destinataire des signalements judiciaires. Défendant les intérêts de la société, il a un rôle capital dans le traitement du signalement et l'orientation de la procédure, il a pour mission le recueil et la vérification des informations. S'il décide de ne pas classer sans suite, l'intervention classique de substitut des mineurs est la protection de l'enfant victime par la saisine du juge des enfants et la poursuite de l'auteur des faits par la saisine du juge d'instruction. En urgence, le substitut des mineurs a compétence pour placer l'enfant (OPP, mesure non susceptible d'appel), à charge de saisir dans les 8 jours le juge des enfants compétent : article 375-5 du Code civil. Le substitut peut initier une enquête avant d'orienter sa procédure.

Le substitut des mineurs est assisté dans ses missions par les services de police judiciaire : services de police et de gendarmerie, brigade des mineurs dans les grandes agglomérations (24).

3.1.3.2. Le Siège (5,12) :

Plusieurs magistrats du Siège peuvent intervenir dans les cas de maltraitance infantile :

- ◆ *Le juge d'instruction* : Ce magistrat siège au TGI. Dans le cadre de sévices à enfants il est saisi par le procureur de la République ou son substitut pour instruire un dossier à l'encontre des auteurs de maltraitances. Il peut procéder à des interrogatoires et à des confrontations. A la fin de l'instruction, ce juge rend une ordonnance de présomptions de charges et transmet le dossier au procureur qui dresse un réquisitoire de non-lieu ou de renvoi vers le tribunal correctionnel ou la cour d'assises pour juger les coupables de maltraitance.
- ◆ *Le juge des enfants* : cette fonction a été instituée par l'ordonnance du 2 février 1945. Ce juge siège au TGI et intervient pour protéger l'enfant en danger. Il peut être saisi par les parents, le tuteur, le mineur lui-même, le procureur ou il peut se saisir d'office à titre exceptionnel. Son intervention en matière de protection de l'enfance s'appuie sur les articles 375 et suivants du Code civil et est conditionnée par la notion de danger de l'enfant pour sa santé, sa sécurité, sa moralité, la notion d'éducation gravement compromise et la notion de conflits d'intérêts entre les parents et l'enfant ou entre les parents. Le danger doit être réel, actuel, certain et grave.
Le juge des enfants peut intervenir pour tout mineur non émancipé et doit, si possible, rechercher l'adhésion de l'enfant et de sa famille, maintenir l'enfant dans son milieu familial, préserver l'autorité parentale et respecter les convictions religieuses et culturelles.
Ce juge, avant de rendre une décision de justice, doit vérifier et apprécier tous les éléments faisant l'objet de la requête par des auditions de l'enfant, des parents, des membres de la famille ou de toute personne en contact avec l'enfant ou par d'autres investigations (MJIE, examens psychiatriques des parents, expertise médicale et psychologique de l'enfant).
En fin d'enquête, le juge des enfants prend une décision qu'il transmet au procureur de la République. Il peut décider du maintien de l'enfant dans son milieu familial avec possibilité d'AEMO ou du retrait de l'enfant de la cellule familiale par une ordonnance de placement.
Pour l'AEMO décidée par le juge des enfants, ce dernier confie la mission à un service public ou privé habilité mais en assure le suivi en étant informé par un compte-rendu périodique.
Les décisions du juge des enfants sont susceptibles d'appel (3).
- ◆ *Le juge des affaires familiales* : sa fonction a été instaurée par la loi du 8 janvier 1993. Ce juge siégeant au TGI est chargé de veiller à la sauvegarde des intérêts des mineurs. Il a compétence en matière d'obligations alimentaire et d'entretien, d'actions liées à l'exercice de l'autorité parentale et de modification du nom de l'enfant.
Dans certains cas extrêmement graves, plusieurs juges des affaires familiales se réunissent avec le procureur en Chambre du conseil et peuvent prononcer la déchéance parentale.
Cette décision peut aussi être rendu par la cour d'assises.
- ◆ *Le juge des tutelles* : il siège au Tribunal d'instance. Il est notamment chargé depuis la loi du 8 janvier 1993, de nommer un administrateur ad hoc à la demande du ministère public, du mineur, ou d'office en cas de défaillance du représentant légal du mineur en danger.

3.1.3.3. Les services de police (48) :

Les acteurs de terrain en matière de protection de l'enfance se répartissent dans trois services :

- ◆ *La gendarmerie* : c'est une institution militaire qui a pour mission principale la protection des personnes et des biens. Elle a un rôle préventif à l'égard des mineurs en dépistant les dangers les menaçant par la lutte contre l'absentéisme scolaire, le vagabondage, la prostitution etc. Cette action préventive consiste à attirer l'attention des parents, ou des autres tiers responsables, sur certaines anomalies du comportement ou à saisir le substitut chargé des mineurs lors d'une situation de danger apparent.
- ◆ *La police nationale* : les policiers sont au service de la protection des personnes et des biens au cœur des villes et des banlieues. L'intervention de la police est identique à celle de la gendarmerie dans le cadre de la protection de l'enfance.
- ◆ *La brigade des mineurs* : elle est l'une des branches de la sûreté urbaine. Elle est constituée d'officiers de police en civil, volontaires et spécialement formés à l'écoute des enfants. La brigade des mineurs existe dans les grandes villes.

3.1.4. L'aide associative :

3.1.4.1. Le SNATEM et le 119 (41) :

Le service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée (SNATEM) est un service public, géré par un groupement d'intérêt public dont la mission concerne la prévention et la protection de l'enfance. Ce service est joignable par le numéro vert 119 depuis le 10 janvier 1990. Les appels passés sur ce numéro sont gratuits et ne figurent pas sur les factures de téléphone ce qui assure l'anonymat des enfants.

- ◆ Les missions du SNATEM :

Prévues par la loi depuis 1989, elles sont les suivantes :

- aide, conseil et soutien des appelants ;
- transmission au président du conseil général des informations recueillies ;
- études épidémiologiques.

Ces missions sont remplies par des chargés d'accueil téléphonique : psychologues, éducateurs, psychothérapeutes, médecins, assistantes sociales et juristes.

- ◆ L'activité du SNATEM :

250000 appels sont enregistrés chaque année. On recense sur ces appels : 10% d'appels fondés sur des faits réels, 65% d'appels d'essais et 25% d'appels muets.

L'appel concerne des cas de violences physiques et psychologique dans 63% des cas, dont 12% d'abus sexuels. Il concerne des cas de privations pour 36% des appels.

Dans presque un cas sur deux l'identité de l'appelant n'est pas connue cependant les rapports indiquent qu'il s'agit des parents dans 27% des cas, la famille proche dans 9%, des voisins pour 17%, des professionnels dans 5% et les enfants eux-mêmes pour 5% des appels.

◆ Les signalements :

Les signalements effectués par l'intermédiaire du 119 sont transmis aux services départementaux lorsque la situation nécessite une intervention. Cela représente environ 2500 cas par an.

Ces transmissions sont faites par téléphone en cas d'urgence ou par courrier si le danger n'est pas immédiat à l'ordre de l'ASE qui transmet au service social de secteur ou à la PMI.

3.1.4.2. Les associations (54) :

Le secteur associatif joue un rôle important dans la sensibilisation du grand public aux problèmes des sévices à enfants. Certaines associations ont une action médico-sociale et interviennent dans la plupart des mesures d'AEMO administratives ou judiciaires. Certaines associations peuvent se constituer partie civile et soutenir les victimes dans leur démarches judiciaires : Enfance et Partage, SOS viol, Planning Familial... Enfin certaines associations soutiennent l'enfant et sa famille dans leurs démarches comme le Prado.

Nous avons pu rencontrer un représentant du Prado à Bordeaux.

Il s'agit d'une association créée dans les années 70 dont le but est d'aider les jeunes en difficultés. Cette association compte 28 établissements en Gironde pour 800 salariés. Elle reçoit son financement du ministère de la Justice, du Conseil général et de la mairie. C'est un service gratuit.

Dans les cas de maltraitance infantile, le Prado offre une permanence avec des juristes pour aider les victimes de violences dans leur parcours juridique. Le Prado est présent deux demi journées par semaine au CAUVA qui est le centre de référence à Bordeaux pour les victimes de violence intra-familiales.

3.1.5. L'exemple du CAUVA :

3.1.5.1. Présentation du service et son rôle (2) :

En 1999, une structure alors quasi unique en France voyait le jour sous l'impulsion du professeur Sophie Gromb : le Centre d'accueil en Urgences des Victimes d'Aggressions (CAUVA). Identifiée comme structure pilote par la commission européenne en 2004, elle a ainsi permis la création d'organisations similaires en Italie, en Belgique et en Allemagne. Située dans le tripode du CHU Pellegrin de Bordeaux, elle poursuit sa mission d'accueil en urgence, 24 h sur 24, des victimes d'agression avec la particularité de placer la victime au centre du dispositif.

L'originalité des procédures mises en œuvre par le CAUVA est d'éviter aux victimes fragilisées de se déplacer sur un parcours compliqué et difficile. Pour cela, une équipe multidisciplinaire (médecins légistes, psychologues, infirmières, assistantes sociales), travaille en lien avec les services de police ou de gendarmerie, les services judiciaires et les collectivités territoriales protectrices. Les victimes les plus traumatisées sont accueillies par des personnels spécifiquement formés. Elles voient leurs plaintes enregistrées sur place par des policiers ou gendarmes qui se déplacent au CHU, après avoir reçues les soins nécessaires et sont accompagnées dans leurs parcours avec l'aide des associations agréées par le Ministère de la Justice citées plus haut.

Les constatations médico-légales, destinées à faciliter les procédures judiciaires, sont également menées par les médecins légistes experts judiciaires requis par le parquet.

La population des mineurs du service reste constante et représente 20-25 % de l'activité du CAUVA: 20 % en 2010 avec plus de filles (57 %) que de garçons (43 %). Il s'agit majoritairement d'enfants mineurs de moins de 15 ans (60 %).

3.1.5.2. Présentation des différents acteurs :

◆ *Rencontre avec la cadre de santé*

La cadre de santé qui gère le service du CAUVA, Mme Gaillard, nous a présenté le mode de fonctionnement du service. Depuis 1999, le CAUVA accueille des victimes d'agression en lien avec une infraction pénale en urgence (viols, violences intra-familiales, sévices à enfants...). Nous nous sommes concentrés sur le parcours des enfants victimes de maltraitances qui représentent 32% des mineurs qui viennent au CAUVA. Le service est née de l'envie de Sophie Gromb de simplifier le parcours des victimes en centralisant les différents services qui prennent en charge la maltraitance.

Il existe quatre cas d'admission au CAUVA :

- CAUVA 1 : l'enfant arrive, accompagné ou pas, après dépôt de plainte ou spontanément, dans ce cas on téléphone au substitut des mineurs pour une réquisition et un agent de police viendra au CAUVA pour le dépôt de plainte.
- CAUVA 2 : l'enfant est dans un autre service et ne peut pas se déplacer, les acteurs du CAUVA vont alors venir vers lui.
- CAUVA 3 : la victime ne peut ou refuse de déposer plainte mais souhaite une constatation des lésions, une consultation psychologique lui sera prodiguée et l'assistante sociale donnera des conseils quant à la suite possible de la prise en charge de la victime.
- CAUVA 4 : cas particulier des enfants victimes de sévices graves avec nécessité d'éloignement de l'agresseur par un placement provisoire (hospitalisation sans droit de visite, nuit d'hôtel payé par l'assistante sociale, placement au CDEF...) ou par mise à l'écart de l'agresseur (garde à vue).

Le parcours de l'enfant sera ensuite le suivant :

- * observation par une infirmière puéricultrice dans la salle d'attente puis tentative de contact avec l'enfant,
- * enfant reçu en consultation psychologique pendant que les parents sont reçus par l'assistante sociale,
- * parents reçus en consultation psychologique,
- * examen de l'enfant par le médecin légiste qui établira un CMI,
- * signalement aux autorités compétentes, conseils donnés aux parents,
- * réunion entre les différents participants de la prise en charge de l'enfant pour discuter du cas collégalement,
- * selon la gravité de la situation, placement de l'enfant ou retour dans le milieu familial.

◆ *Rencontre avec une infirmière puéricultrice :*

Nous avons rencontré une des quatre infirmières du CAUVA, Mme Grémillon, qui nous a présenté son rôle. L'infirmière puéricultrice a un rôle de fil rouge dans la prise en charge des enfants victimes de sévices. Elle va suivre l'enfant et son/ses accompagnateurs de l'entrée à la sortie du CAUVA.

À l'arrivée de l'enfant, l'infirmière va prendre un temps d'information avec lui et ses accompagnants en présentant les acteurs du service. Elle va ensuite observer l'enfant en salle d'attente pendant que les parents sont en consultation avec la psychologue puis l'assistante sociale. Elle va ainsi pouvoir détecter des troubles du comportements, une attitude différente en l'absence des parents ou encore les interactions avec les autres personnes de la salle d'attente.

Dans les cas avec réquisition judiciaire, l'infirmière assiste le légiste pendant l'examen médical de l'enfant en présence des parents. Il y aura, après l'examen, un débriefing collégial puis un rapport transmis aux autorités compétentes.

Dans le cas d'un CAUVA 3, il y aura un débriefing entre l'assistante sociale, l'infirmière et la psychologue puis l'enfant repartira, un signalement sera fait si nécessaire et on rentrera dans le cas d'un CAUVA 1 ou 4.

Au niveau des techniques d'approches de l'enfant, les infirmières utilisent le jeu pour mettre en confiance. Si l'enfant est mal à l'aise il est laissé tranquille un temps en salle d'attente puis une tentative de contact sera prise plus tard. La volonté de l'enfant est toujours respectée, on lui explique simplement la situation mais il n'est jamais forcé.

◆ *Rencontre avec une assistante sociale :*

Mme Brunet, assistante sociale au CAUVA, représente le pendant administratif de la protection de l'enfance. Dans les cas de sévices à enfants elle va participer à l'évaluation psychologique du mineur avec la psychologue et l'infirmière puéricultrice afin de monter un dossier qui sera transmis au président du conseil général.

Dans les cas de danger immédiat pour l'enfant c'est elle qui va s'occuper de trouver une place pour le placement provisoire de l'enfant. Il s'agira le plus souvent d'une hospitalisation en pédiatrie dans un premier temps ou un placement au CDEF par la suite.

Elle va aussi informer les parents compliants ou en demande spontanée d'aide sur les possibilités de secours dont ils peuvent disposer pour les aider dans l'éducation de leur enfant (AED, allocations...).

◆ *Rencontre avec une psychologue :*

Une des 8 psychologues du CAUVA, Mme Pelloquin, nous a exposé son rôle au sein du CAUVA. La psychologue a pour mission :

- d'évaluer l'enfant en jugeant la véracité du discours et en notant ses symptômes psychologiques ;
- de lui prodiguer des soins d'urgence en le rassurant, le déculpabilisant, en essayant de remonter son estime de soi...
- d'orienter l'enfant vers les services qui pourront le prendre en charge par la suite comme les CSMI ou des pédopsychiatres et psychologues libéraux ;
- D'évaluer et d'aider le ou les parents présents.

◆ *Le médecin légiste : Dr Ben Ali*

Le légiste n'intervient que sur réquisition judiciaire. Il va examiner l'enfant entièrement avec son autorisation, aucun examen n'est pratiqué sous la contrainte. Dans les cas de sévices physiques un examen de la zone ano-sexuelle est toujours pratiqué à la recherche de traces d'abus sexuels.

A la suite de son examen, le médecin légiste rédigera un CMI puis le débriefing avec toute l'équipe sera fait et un rapport sera rédigé et envoyé à qui de droit et les mesures de protection nécessaires seront prises.

◆ *Les associations présentes au CAUVA*

Comme cité plus haut, les associations du CAUVA, Vict'Aid et le Prado sont présentes pour donner des conseils juridiques aux parents le souhaitant, il peut s'agir de conseils sur le dépôt d'une plainte au Parquet ou encore sur une procédure de divorce.

3.2. Le rôle du chirurgien dentiste (49) :

Le chirurgien dentiste n'a pas pour fonction de prendre en charge la maltraitance infantile mais il est de son devoir d'être à même de la dépister, de la signaler aux autorités compétentes et d'adresser l'enfant aux structures de prises en charge tel que le CAUVA si nécessaire. Nous exposerons dans cette partie pratique comment aborder l'enfant et son accompagnant à la recherche d'une confirmation quant à une suspicion de maltraitance et nous proposerons un modèle de lettre avec la démarche à suivre pour effectuer un signalement correct.

3.2.1. L'entretien d'évaluation :

Si le diagnostic de lésions traumatiques est généralement facile à établir, celui de mauvais traitements est beaucoup plus complexe. Il est rare que l'auteur soit dénoncé par un membre de son entourage ou que les parents avouent d'emblée être à l'origine de l'état de l'enfant (55). C'est donc une analyse rigoureuse de la situation qui permettra de réunir un faisceau d'arguments en faveur d'un diagnostic de maltraitance en l'absence de preuve ou d'aveu, que le chirurgien dentiste n'a d'ailleurs pas pour rôle de chercher à obtenir.

3.2.1.1. L'entretien avec l'enfant (7,58):

En cas de suspicion de maltraitance à cause d'un aspect de l'enfant évocateur et/ou de lésions cliniques associées spécifiques de la maltraitance, le chirurgien dentiste devra s'entretenir avec l'enfant seul.

L'enfant doit être interrogé simplement et clairement, en l'absence des parents, sur les lésions qu'il présente par des questions ouvertes du type « Qu'est-ce qui t'est arrivé? » ou « Comment cela s'est-il passé? » S'il refuse de répondre ou de donner une explication quelconque, il ne faut pas insister. Mais, s'il accuse un adulte de l'avoir frappé, cette affirmation s'avère exacte dans la quasi totalité des cas. Si, ce qui est beaucoup plus fréquent, il invente une explication invraisemblable pour protéger ses parents ou parce-qu'il répète ce qu'on lui a intimé l'ordre de dire, il faut lui faire part de notre conviction qu'il s'agit de toute autre chose. Il est important de lui signifier que nous avons compris que quelque chose n'allait pas bien à la maison, qu'il est difficile pour lui, comme pour ses parents d'en parler, mais que nous allons essayer de les aider. Si l'enfant ne sent aucun jugement de valeur sur ses parents, s'il se sent en confiance, il lui arrive alors assez facilement de raconter ce qu'il s'est réellement passé.

3.2.1.2. L'entretien avec les parents (8,23) :

C'est une étape essentielle de la démarche diagnostique. Dans un premier temps, on cherchera à leur faire préciser l'origine des lésions de l'enfant. Les aveux spontanés concernant des sévices à enfants sont exceptionnels et sont plus fréquemment du fait des enquêtes de police. En revanche, les aveux partiels ne sont pas rares. Par exemple, les parents reconnaissent leur responsabilité pour une des lésions présentées par l'enfant mais non pour les autres, ou ils avouent leurs réaction impulsive tout en niant avoir provoqué les lésions.

Le plus souvent cependant, il existe une discordance flagrante entre les constatations cliniques et les données de l'interrogatoire des parents. Aucune notion de traumatisme n'est retrouvée chez des enfants porteurs de lésions évidemment traumatiques. Les parents nient avoir remarqué les lésions ou reconnaissent les avoir notées sans pouvoir fournir d'explication, ou bien le traumatisme invoqué ne concorde pas avec la nature ou l'importance des lésions. Il existe des contradictions entre les déclarations des deux parents interrogés séparément ou entre leurs déclarations successives. Lorsqu'ils ne peuvent nier la réalité d'un traumatisme, ils en rendent responsable un tiers ou l'enfant lui même.

Dans d'autres cas, le discours tenu par les parents est tout à fait inadapté à la situation, en décalage total avec les attitudes habituelles de parents en face de telles circonstances. L'absence d'émotion même quand la situation est grave, un discours trop rationnel, l'absence d'empathie pour l'enfant seront parfois des éléments qui emportent la conviction.

Il est essentiel de toujours rencontrer les parents séparément. Les contradictions apparaissent en effet fréquemment entre leurs discours respectifs. Parfois l'un d'eux peut révéler les faits, ce qu'il ne ferait pas en présence de son conjoint. Si les parents ne parlent pas ou mal le français, il est impératif de faire appel à un interprète pour ne pas les accuser à tort de sévices devant des lésions qui peuvent être accidentelles mais pour lesquelles, par difficultés sociales et de communication, ils n'auront pas fait appel aux structures de secours, dont ils peuvent aussi ignorer l'existence.

Il faut, en présence d'explications invraisemblables, discordantes, dire nettement notre conviction qu'elles ne sont pas crédibles mais sans porter de jugement de valeur ni d'accusation.

Il faut aborder avec les parents dans quel contexte est né cet enfant, s'il y a eu par la suite des séparations, des hospitalisations et il faudra parler du quotidien avec l'enfant. Très souvent à partir de cet entretien, les parents arrivent à définir la place de l'enfant dans la cellule familiale, comment il y est perçu. Ils peuvent aussi livrer leurs problèmes, leurs désillusions devant un enfant difficile qui semble les pousser à bout. De la même façon, il faudra aborder avec eux leur situation sociale, de logement, de travail et leur situation familiale.

Cette attitude empathique et non jugeante est d'autant plus importante que la majorité des parents maltraitants, en amenant eux mêmes leur enfant en consultation et en donnant à voir la maltraitance, manifestent un appel à l'aide.

Il est important d'insister sur le fait que cet entretien avec les parents n'a pas pour but de leur faire avouer qui a pu maltraité l'enfant mais de réunir les éléments nécessaires pour savoir si les lésions sont accidentelles ou non. Ce n'est pas au dentiste de faire la preuve des événements ; son rôle dans ces situations doit se limiter au signalement aux autorités compétentes.

3.2.2. Le signalement :

M. Philippe Chaillou, juge des enfants au TGI de Paris, définit le signalement comme l'acte professionnel par lequel un tiers dénonce une situation à une autorité qu'il estime compétente.

3.2.2.1. La démarche (16) :

Après avoir dépisté des lésions physiques ou psychologiques évocatrices de la maltraitance et avoir reçu l'enfant puis les parents pour tenter d'évaluer la situation, le chirurgien dentiste verra deux options s'offrir à lui :

- ◆ Soit les faits ne sont pas clairs, il n'y a pas réellement de danger immédiat pour l'enfant et si les parents acceptent de se faire aider, il faudra choisir la *voie administrative* en signalant la situation au président du Conseil général du lieu de résidence de l'enfant. On parlera d'information préoccupante plutôt que de signalement dans ce cas. Il faut essayer de privilégier cette voie tant que faire se peut (25).
- ◆ Si on détecte un danger réel, actuel, certain et grave pour l'enfant avec un déni de la situation de la part des parents voire une agressivité envers l'enfant, il faudra choisir la *voie judiciaire* en transmettant notre signalement au procureur de la République ou à son substitut chargé des mineurs (3).

Dans les deux cas, le signalement constitue la clé de voûte du dispositif de protection de l'enfance en danger et représente un outil de communication entre les partenaires y participant. Le signalement comporte des renseignements administratifs, médicaux et le nom du signalant. Tous les éléments qui peuvent constituer une présomption ou une constatation de sévices doivent être relatés sans que l'auteur soit tenu d'en apporter la preuve.

3.2.2.2. Fiche de signalement :

Que ce soit au substitut chargé des mineurs ou au président du Conseil général, tous les moyens sont possibles pour signaler : téléphone, fax, courrier. Ce qui est important c'est de confirmer le signalement par une lettre envoyée avec accusé de réception.

En cas de doute sur la procédure à suivre ou sur la rédaction du signalement, il ne faut pas hésiter à appeler le service Allô Enfance en Danger au 119 qui nous renseignera.

Voici un modèle de rédaction de signalement pour le professionnel de santé, concernant donc le chirurgien dentiste (21) :

- Cadre du signalement :
 - Rédaction sur papier libre
 - Nom, qualité et adresse du destinataire
 - Nom, qualité et adresse du rédacteur
 - Identification de(s) l'enfant(s) pour lequel(s) une situation de danger ou de risque est dénoncée en précisant nom, prénom, date de naissance et adresse
 - Préciser si la famille est informée du signalement
 - Date et signature
 - Signalement adressé par lettre recommandée avec accusé de réception
 - Conserver un double du signalement dans le dossier

- Renseignements concernant la famille :
 - État civil : composition de la famille, statut matrimonial des parents et filiation des enfants
 - Renseignements administratifs : immatriculation CPAM, CAF...
 - Résumé concis de l'histoire familiale
 - Situation financière de la famille : revenus, prestations familiales, crédits, endettements...
 - Conditions de logement

- Description et évaluation du danger encouru par le(s) mineur(s) :
 - Résumé de l'évaluation somatique, psychologique et sociale
 - Éventuellement certificat médical initial
 - Actions déjà menées et limites rencontrées dans la prise en charge en mentionnant les noms, qualités et adresses des autres professionnels éventuellement contactés ou impliqués.

- Conclusions :
 - Suggestions sur les interventions souhaitées (action éducative en milieu ouvert, tutelle aux prestations familiales, placement...) en précisant le suivi éventuellement envisagé par le rédacteur du signalement et le degré d'urgence des mesures préconisées
 - Demande d'informations sur les suites données par le destinataire.

- Nota Bene :
 - Pour les diverses informations contenues dans le signalement, il importe de **toujours préciser leur origine** : propos de l'enfant lui-même, de ses parents, du travailleur social... Ceci afin de lever toute ambiguïté pour le destinataire.

3.2.2.3. Le certificat médical initial (45, 51):

L'examen d'un enfant maltraité ou suspect de l'être doit s'achever par la rédaction d'un certificat de constatations médicales initiales. La rédaction de ce certificat réclame une grande rigueur car il est susceptible d'être produit en justice. Le certificat doit être purement descriptif et le chirurgien dentiste doit prendre garde à ne pas prendre parti dans des conflits familiaux autour de l'enfant.

◆ *Examen médical sur réquisition :*

Le dentiste peut être sollicité pour effectuer un examen médical sur réquisition. Il s'agit d'une injonction faite à un praticien par une autorité judiciaire ou administrative de procéder à un acte médical légal urgent tel l'examen d'une jeune victime de violences. Tout praticien, quels que soient son mode d'exercice et sa spécialité, est tenu de déférer à une réquisition. Le praticien ne peut se retrancher derrière le secret professionnel pour se soustraire à une réquisition mais ne manquera pas d'indiquer sa qualité de chirurgien dentiste en tête de son rapport. Le praticien requis devient, dans le cadre de la mission qui lui est confiée, un auxiliaire de justice. Il est délié de son obligation de secret professionnel vis-à-vis de l'autorité requérante dans le strict cadre de sa mission. Le secret professionnel couvre tout ce qui ne relève pas directement de cette mission. Le rapport, daté et signé, est remis au requérant et à lui seul.

◆ *Examen médical hors réquisition :*

Hors réquisition, des parents peuvent demander qu'ils leur soit remis un CMI à l'issue de l'examen de l'enfant ou le praticien peut en faire un pour accompagner son signalement. Le chirurgien dentiste veillera à faire signer le CMI par le détenteur de l'autorité parentale.

Voici un modèle type de certificat médical qui peut être utilisé par le praticien (21) :

- Nom, qualité et adresse du praticien
- Conditions dans lesquelles le praticien a été amené à réaliser l'examen (consultation spontanée, réquisition) et personne(s) accompagnant l'enfant
- Anamnèse en citant entre guillemets les propos de l'enfant ou des personnes l'accompagnant et en évitant de désigner nominativement la personne mise en cause si le certificat est remis aux parents (l'agresseur présumé sera désigné comme « un membre de la famille », « un proche de l'enfant » ou « un inconnu » selon les cas pour éviter toute diffamation
- Examen clinique descriptif indiquant si des clichés radiographiques ou photographiques ont été pris
- Description de l'état émotionnel de l'enfant et éventuellement celui des accompagnants
- Examens complémentaires éventuellement réalisés
- Soins et gestes préventifs éventuellement réalisés
- Conclusion reprenant les éléments les plus marquants, précisant éventuellement le nombre de jours d'ITT et indiquant à qui a été remis le certificat
- Date et signature

Le praticien conservera un double du CMI dans le dossier médical et éventuellement le double de la réquisition.

Quatrième partie :
Étude épidémiologique et
création d'une plaquette d'information
à l'attention des chirurgiens dentistes.

4.1. Protocole et questionnaire :

Un questionnaire a été élaboré afin de mener une étude épidémiologique évaluant les paramètres et les connaissances sur la maltraitance infantile en odontologie en 2013, et ce dans le but de nous guider pour la confection d'une plaquette d'information à l'attention des chirurgiens dentistes.

Les questionnaires ont été remis en mains propres à des chirurgiens dentistes de Bordeaux, Cenon, Carbon-Blanc et Jonzac après explication du sujet de notre travail.

Les 57 chirurgiens dentistes interrogés ont au minimum 20 ans d'expérience.

Nous avons choisi d'exclure les chirurgiens dentistes plus jeunes afin d'augmenter la probabilité de rencontre avec des enfants victimes de maltraitance.

2 praticiens travaillent en milieu hospitalier, 5 en centre de soins de la sécurité sociale et 50 en exercice libéral.

Le questionnaire est composé de cinq parties qui ont pour sujet:

- *le chirurgien dentiste* interrogé avec cinq items portant sur le nombre d'années d'exercice, le sexe, le lieu et le type d'exercice et la pratique de la pédodontie.
- *l'expérience* face à la maltraitance avec trois items portant sur le nombre d'enfants maltraités avérés rencontrés, le nombre d'enfants où il y a eu suspicion de maltraitance et sur la conduite tenue en première intention (réellement en cas de maltraitance avérée ou de suspicion et hypothétiquement quand il n'y a pas eu de rencontre avec un enfant maltraité).
- *la connaissance du numéro 119* à travers deux items interrogeant le praticien sur l'existence d'un numéro spécial pour la gestion de la maltraitance infantile d'abord et connaissance précise du 119 au milieu de trois autres numéros ensuite.
- *le diagnostic* de la maltraitance avec un item à réponse ouverte explorant les trois signes qui alerteraient le chirurgien dentiste.
- *le signalement* à travers un item portant sur le destinataire du signalement avec sept choix possibles et un item sur le moyen de signalement.

Nous avons récupéré 53 questionnaires exploitables sur les 57 distribués.

Questionnaire Praticien / Maltraitance

N° Fiche :

Nom :

Nombre d'années d'exercice :

Sexe : H / F

Lieu d'exercice : Urbain / Péri-Urbain / Rural

Type d'exercice : Seul / En Groupe

Soignez vous les enfants ? oui / non

Au cours de vos années de pratique de chirurgien-dentiste au cabinet :

- avez-vous eu des indices certains de maltraitance sur enfant ? oui / non

Si oui : combien

- avez-vous eu des soupçons de maltraitance sur enfant ? oui / non

Si oui : combien

Qu'avez-vous fait ou que feriez-vous en premier lieu dans le cas de maltraitance ?

.....

Existe t-il un numéro spécifique pour informer ou signaler une maltraitance : oui / non

Si oui lequel : 115 / 118 / 119 / 18

Quels signes observés lors d'une consultation seraient susceptibles de vous alerter pour une maltraitance sur enfant ? Citez 3 exemples

1.....

2.....

3.....

Auprès de qui effectueriez-vous un signalement de maltraitance ?

- Commissaire du service de police oui / non

- Président du Conseil Général oui / non

- Procureur de la République oui / non

- Assistante Maternelle oui / non

- Juge pour Enfants oui / non

- Directeur d'école oui / non

- Autre : Précisez svp

Comment effectueriez-vous un signalement ?

Par téléphone : oui / non

Par lettre écrite : oui / non

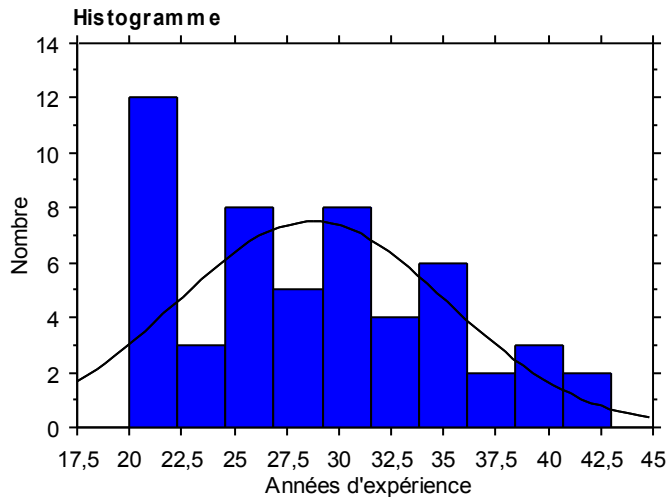
Merci pour votre participation

4.2. Analyse des résultats :

Les résultats des questionnaires ont été compilés dans un tableau Excel et le logiciel Stat View nous a permis d'obtenir les résultats qui suivent.

4.2.1. Partie portant sur les praticiens :

Notre étude porte sur 53 praticiens travaillant à Bordeaux, Cenon, Carbon-Blanc et Jonzac et ayant au moins 20 ans d'expérience, 28,7 ans en moyenne. Tous les chirurgiens dentistes interrogés pratiquent la pédodontie.



Dans cet échantillon on compte 26 femmes et 27 hommes, on a donc un échantillon qui respecte la parité des sexes.

38 travaillent en groupe contre 15 travaillant seul, plus des deux tiers de notre échantillon ont donc la possibilité de demander l'avis direct d'un confrère en cas de suspicion de maltraitance infantile.

Fréquences observ. pour Sexe, Type d'exercice

	Groupe	Seul	Totaux
F	22	4	26
H	16	11	27
Totaux	38	15	53

49 exercent en milieu urbain contre 4 en milieu péri urbain, il serait intéressant de connaître l'expérience et le niveau de connaissance sur le problème de la maltraitance infantile en interrogeant un échantillon de dentistes ruraux.

Fréquences observ. pour Sexe, Lieu d'exercice

	Peri Urbain	Urbain	Totaux
F	3	23	26
H	1	26	27
Totaux	4	49	53

4.2.2. Partie portant sur l'expérience en matière de maltraitance infantile:

- ◆ A l'item portant sur les indices certains de maltraitements infantiles, on obtient les résultats suivants:

Fréquences observ. pour Sexe, Indices certains

	Non	Oui	Totaux
F	23	3	26
H	24	3	27
Totaux	47	6	53

3 hommes et 3 femmes ont été confrontés à des indices de maltraitements certains soit 11% de notre échantillon.

- ◆ A l'item portant sur les soupçons de maltraitements, nous obtenons 8 femmes et 4 hommes ayant eu des doutes quant à une éventuelle maltraitance:

Fréquences observ. pour Sexe, Soupçons

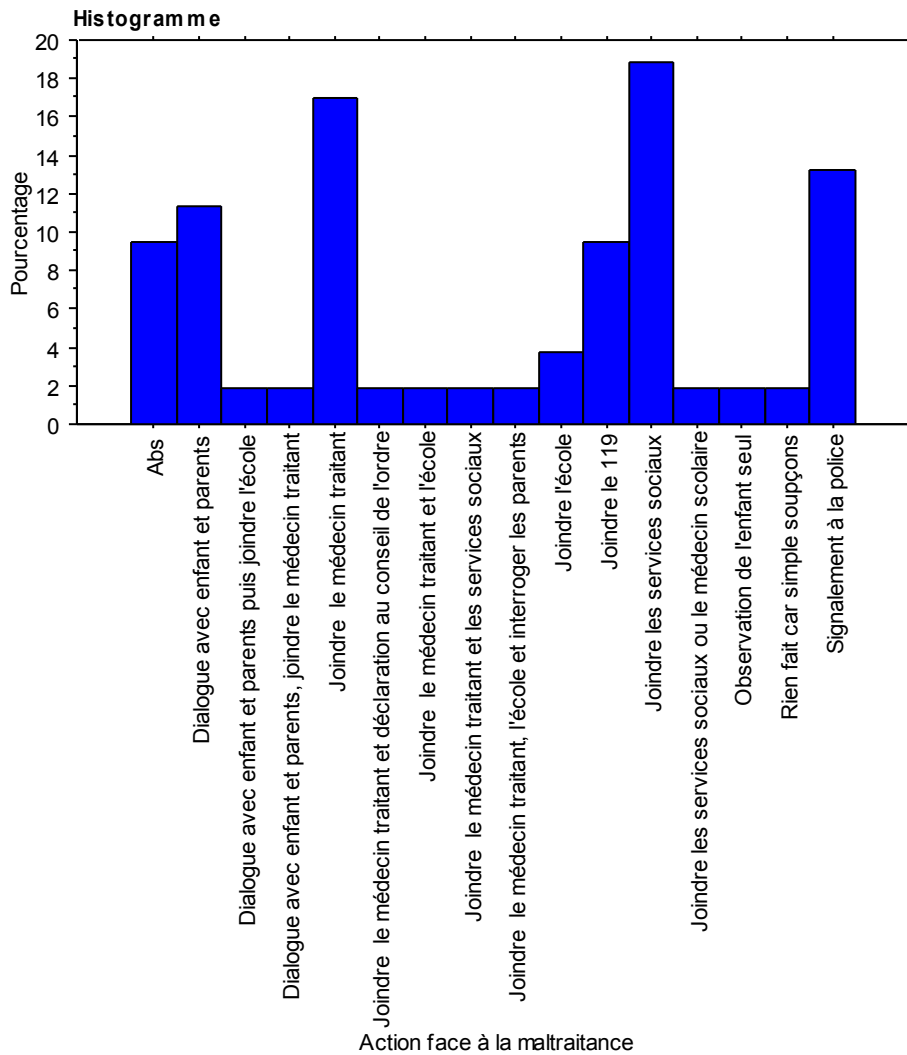
	Non	Oui	Totaux
F	18	8	26
H	23	4	27
Totaux	41	12	53

On a donc 12 praticiens, soit 23% du groupe étudié, ayant eu des soupçons de maltraitance infantile. On note que ces 12 chirurgiens dentistes sont composés de 8 femmes pour 4 hommes. Les femmes semblent donc plus sensibles aux indices de maltraitements dans notre échantillon.

On constate donc que si l'on cumule les soupçons et les cas avérés, 18 praticiens soit 34% de notre échantillon ont été confrontés à la maltraitance infantile.

On a bien affaire à un problème de santé publique important qui touche l'odontologie.

- ◆ Les résultats de l'item portant sur la réaction de première intention face à la maltraitance infantile sont résumés dans l'histogramme suivant:



On remarque que la première réaction face à la maltraitance serait de vérifier ses doutes en contactant notamment le médecin traitant (17%) ou l'école de l'enfant (5%) et en dialoguant avec les parents et/ou l'enfant (11%).

Vient ensuite le signalement aux services sociaux (19%) puis à la police (14%).

Seul 10% des dentistes contacteraient le 119 alors qu'ils s'avouent en grande majorité mal à l'aise avec le sujet de la maltraitance infantile.

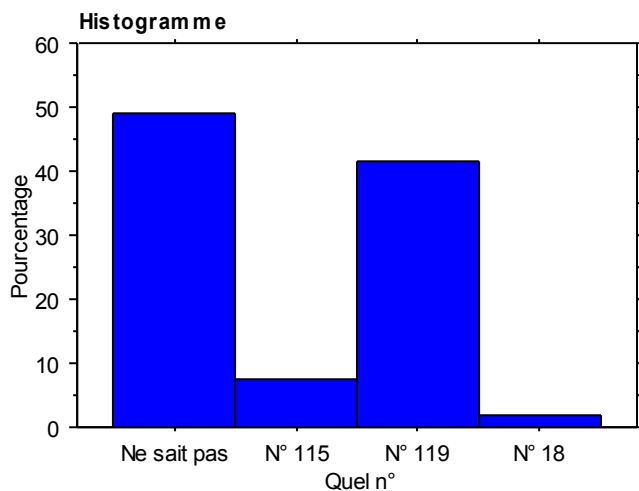
4.2.3. Partie portant sur le numéro 119 :

- ◆ L'item portant sur l'existence d'un numéro spécial montre que 81% des dentistes (43 réponses positives sur 53) savent qu'il existe.

Fréquences observ. pour Sexe, N° spécial

	non	oui	Totaux
F	5	21	26
H	5	22	27
Totaux	10	43	53

- ◆ L'item demandant de choisir le numéro correct montre quant à lui que seul 41% des chirurgiens dentistes de notre échantillon connaissent le 119.



4.2.4. Partie portant sur le dépistage des enfants victimes de maltraitance:

Les résultats de l'item explorant les trois signes qui pourraient évoquer un cas de maltraitance infantile montrent 5 types d'indices se dégageant des réponses.

- ◆ Signes de violences psychologique envers l'enfant:

Fréquences observ. pour Sexe, Violences Verbales / Carence nutritive / Négligence / Polycaries

	Non	Oui	Totaux
F	19	7	26
H	15	9	24
Totaux	34	16	50

- ◆ Signes de troubles comportementaux de l'enfant regroupant une grande peur, le mutisme, la prostration:

Fréquences observ. pour Sexe, Troubles comportement enfant

	Non	Oui	Totaux
F	9	17	26
H	10	14	24
Totaux	19	31	50

- ◆ Signes de lésions corporelles avec lacérations, brûlures, fractures et œdème:

Fréquences observ. pour Sexe, Lésions corporelles

	Non	Oui	Totaux
F	9	17	26
H	12	12	24
Totaux	21	29	50

- ◆ Signes de lésions externes prédominant: les hématomes.

Fréquences observ. pour Sexe, Hématomes

	Non	Oui	Totaux
F	7	19	26
H	10	15	25
Totaux	17	34	51

- ◆ Signes de traumatismes bucco-dentaires:

Fréquences observ. pour Sexe, Lésions trauma dentaires

	Non	Oui	Totaux
F	19	7	26
H	20	4	24
Totaux	39	11	50

On remarque que les signes les plus cités sont les signes physiques avec 74 citations dont 34 pour les hématomes. Les signes de violences psychologiques et de négligences apparaissent 47 fois quant à eux.

On note bien avec ces résultats que la maltraitance psychologique et les négligences sont une notion sous estimées et plus difficilement détectable.

4.2.5. Partie portant sur le signalement :

- ◆ L'item portant sur le destinataire du signalement du chirurgien dentiste montre d'importantes lacunes sur le sujet. En effet seul 7 praticiens signaleraient au président du Conseil général et 13 au procureur de la République.

Fréquences observ. pour Sexe, Président du CG

	Non	Oui	Totaux
F	25	1	26
H	21	6	27
Totaux	46	7	53

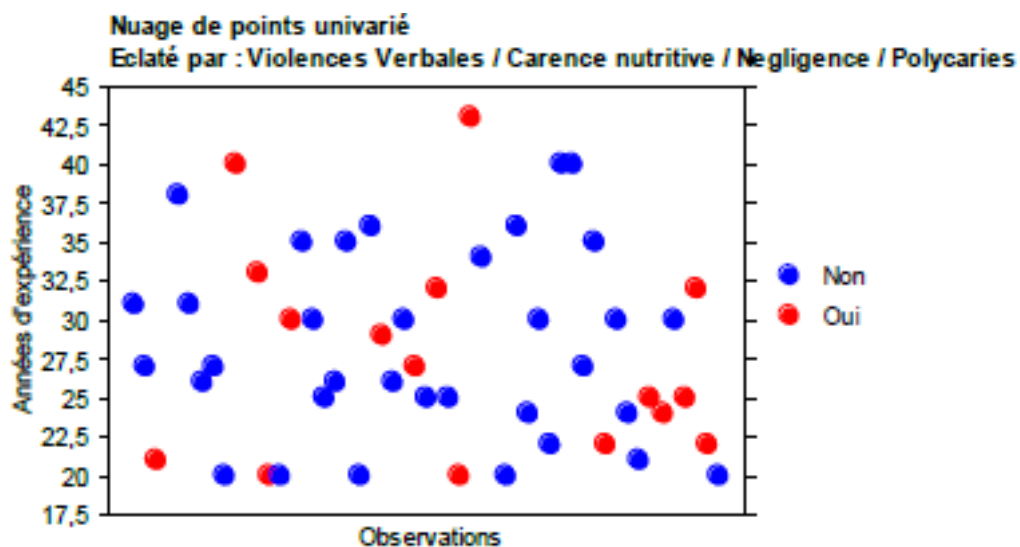
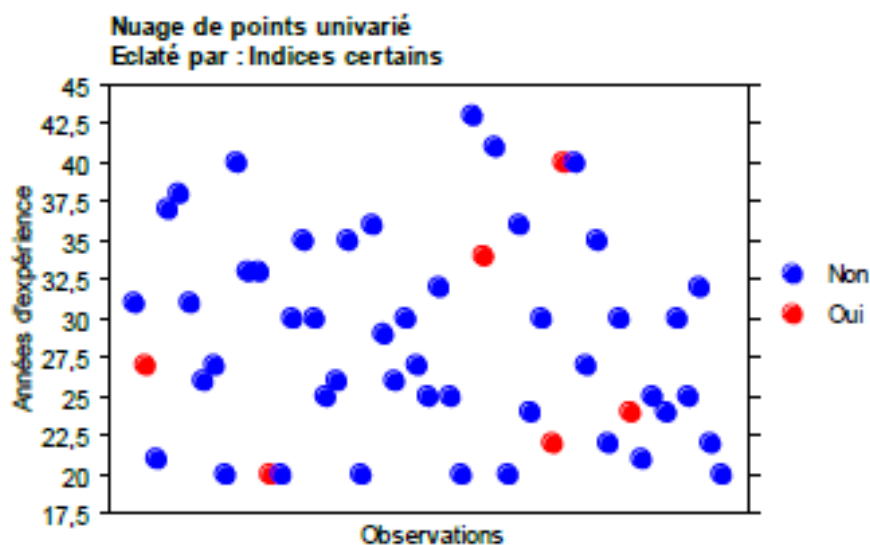
Fréquences observ. pour Sexe, Procureur de la République

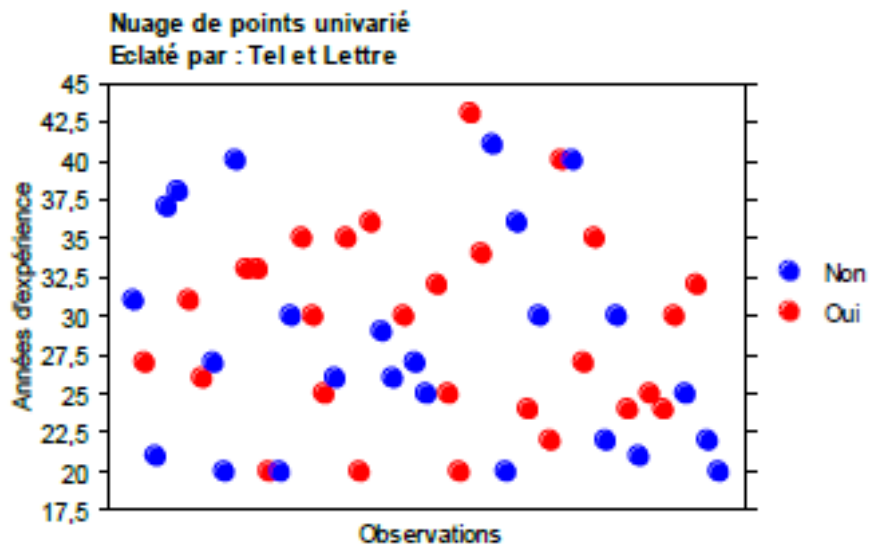
	Non	Oui	Totaux
F	20	6	26
H	20	7	27
Totaux	40	13	53

35 praticiens signaleraient à la police, 12 à une assistante maternelle, 17 au juge des enfants, 21 au directeur d'école et dans la catégorie autre, on retrouve 5 fois le médecin traitant et 4 fois les services sociaux.

Ces résultats prouvent que les chirurgiens dentistes ne savent majoritairement pas à qui il convient d'adresser un signalement de maltraitance infantile.

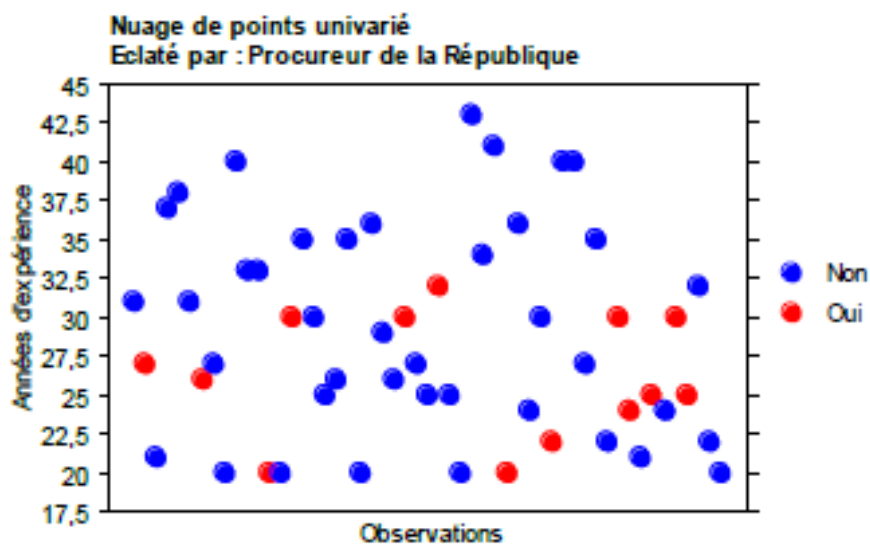
L'analyse statistique en nuage de points ne montre pas de différence significative selon les tranches d'âges des praticiens au niveau des soupçons, des cas de maltraitances rencontrés, des signes évocateurs cités, de la connaissance du 119 ou du mode de signalement.





On en déduit que les connaissances sur la maltraitance infantile et son diagnostic au fauteuil ne sont pas dépendants des années d'expérience du praticien.

Cependant, pour ce qui est du destinataire du signalement, on note que les praticiens adressant un signalement au procureur de la République ont entre 20 et 33 ans d'expérience.



- ◆ Les résultats de l'item portant sur le mode de signalement sont les suivants:

Fréquences observ. pour Sexe, Lettre

	Non	Oui	Totaux
F	23	3	26
H	23	4	27
Totaux	46	7	53

Fréquences observ. pour Sexe, Téléphone

	Non	Oui	Totaux
F	19	7	26
H	20	7	27
Totaux	39	14	53

Fréquences observ. pour Sexe, Tel et Lettre

	Non	Oui	Totaux
F	11	15	26
H	14	13	27
Totaux	25	28	53

26% des praticiens signaleraient uniquement par téléphone (14 praticiens sur 53) alors qu'il faut toujours envoyer une lettre avec accusé de réception pour un signalement correct.

4.2.6. Conclusion:

La maltraitance a une prévalence importante en odontologie mais les connaissances des praticiens sont faibles. Il est nécessaire d'améliorer la prévention de ce problème.

Grâce à l'analyse des résultats de nos questionnaires, nous avons développé un projet de plaquette d'information pour les chirurgiens dentistes qui s'organise en trois parties:

- le *diagnostic* des enfants maltraités en exposant les signes physiques, psychologiques et de négligences ;
- le *signalement* en présentant les voies administrative et judiciaire de la protection de l'enfance et donc les destinataires du signalement ainsi qu'un modèle de rédaction de signalement ;
- le *numéro 119* et le *SNATEM* que les professionnels devraient consulter en cas de soupçons de maltraitance infantile et, s'il y a lieu, pour faire un signalement correct.

4.3 Plaquette d'information :

Voici une proposition de plaquette d'information à l'attention des chirurgiens dentistes afin de les sensibiliser au problème de la maltraitance infantile et de les guider s'ils étaient amenés à recevoir un enfant maltraité au cabinet dentaire.

Notre projet a été réalisé sous la forme d'un triptyque avec le logiciel InDesign et l'aide de M. Benoit Cros.

Extérieur de la plaquette:

The flyer is divided into two main sections. The left section features a red mobile phone icon with the number '119' on the screen. Below the phone are three buttons: a purple one with a sad face, a yellow one with a neutral face, and a blue one with a happy face. Below these are three more buttons: '24h', 'APPEL GRATUIT', and '7j/7'. At the bottom of this section is the text 'ALLÔ ENFANCE EN DANGER'. In the center is a drawing of a large, orange, stick-like figure holding a smaller, similar figure by the neck. The right section has a blue header with a close-up of a child's eyes. Below this is the title 'Maltraitance infantile et odontologie.' followed by the questions 'Comment la repérer?' and 'Comment la signaler et à qui?'. A large number '19000' is displayed, with the text 'Enfants maltraités recensés chaque année, un réel problème de santé publique.' below it. At the bottom right is a photograph of a brown teddy bear with a white bandage on its back. The footer of the flyer includes the logo of the University of Bordeaux Segalen and the text 'UNIVERSITÉ BORDEAUX SEGALÉN UFR D'ODONTOLOGIE'.

Dans tous les cas, appelez le numéro vert du SNATEM

119

24h APPEL GRATUIT 7j/7

ALLÔ ENFANCE EN DANGER

Les professionnels que vous joindrez sauront vous conseiller et vous guider dans vos démarches.

UNIVERSITÉ BORDEAUX SEGALÉN UFR D'ODONTOLOGIE

Maltraitance infantile et odontologie.

Comment la repérer?
Comment la signaler et à qui ?

19000
Enfants maltraités recensés chaque année, un réel problème de santé publique.

Comment repérer la maltraitance au cabinet dentaire ?

Signes physiques :

- Hématomes d'âges différents
- Plaies
- Brûlures circonscrites
- Lésions traumatiques bucco-dentaires (fractures dentaires, déchirement des freins, plaies muqueuses...)



Signes psychologiques :

- Troubles du comportement de l'enfant (avidité affective, tics de balancement, attitude de vigilance et évitement du regard envers les parents...)
- Crainte excessive, mutisme, prostration
- Troubles du comportement des accompagnants (désintérêt du sort de l'enfant, explication des lésions physiques incohérentes, détachement affectif...)



Signes de négligence :

- Tenue de l'enfant
- Anémie, pâleur
- Maigreur

À qui signaler ?

- Si les parents sont d'accord pour se faire aider, il faudra privilégier la voie administrative de la protection de l'enfance en danger :

↳ signalement au président du conseil général du département où réside l'enfant
en Gironde : 05 56 99 33 33

- S'il y a un danger réel, actuel, certain et grave pour l'enfant, il faudra choisir la voie judiciaire :

↳ signalement au procureur de la République ou au substitut chargé des mineurs dans les grandes agglomérations.
TGI de Bordeaux : 05 56 01 34 50



Dans les deux cas il s'agit d'aide à mineur en danger, cas de dérogation au secret médical.

Comment signaler ?

signalement judiciaire, et donc si danger immédiat pour l'enfant:

Téléphone puis lettre de signalement avec accusé de réception.

Si signalement administratif:

Lettre de signalement avec accusé de réception.

Modèle de lettre

Nom, qualité et adresse du praticien

- Condition d'examen et personne accompagnant l'enfant
- Anamnèse en citant entre guillemets les paroles de l'enfant et de l'accompagnant
- Examen clinique avec signes évocateurs de maltraitance et clichés
- Description de l'état émotionnel de l'enfant et des accompagnants
- Soins et gestes préventifs effectués
- Examens complémentaires éventuels
- Conclusion avec les éléments les plus marquants

Date et signature

Conclusion

La maltraitance infantile est un problème de santé publique aux conséquences désastreuses. Le chirurgien dentiste a un devoir légal et déontologique de protection de l'enfance en danger. Pour cela il doit être apte, dans un premier temps, à reconnaître les signes de maltraitance, qu'elle soit physique, psychologique ou par négligence et dans un deuxième temps, il doit savoir comment signaler cette situation aux autorités compétentes.

L'étude épidémiologique menée dans cet ouvrage auprès de 53 chirurgiens dentistes de Bordeaux et sa périphérie en 2013 a montré que malgré un pourcentage important de praticiens déjà touchés lors de leur carrière par des cas de maltraitances infantiles avérées ou supposées, très peu d'entre eux adopteraient la démarche de protection de l'enfant idéale. Trop peu d'entre eux signaleraient aux autorités compétentes, ce qui est pourtant le devoir du praticien.

Face à cette lacune, nous avons proposé un projet de plaquette d'information à l'attention des praticiens pour les sensibiliser au problème.

La plaquette met en lumière leur rôle de diagnostic des enfants maltraités par un rappel des principaux signes physiques, psychologiques et de négligences que l'on peut rencontrer chez un enfant victime de sévices.

Cette plaquette rappelle aussi schématiquement le système de protection de l'enfance français et donc les destinataires des informations préoccupantes ou des signalements de maltraitance que peut effectuer un chirurgien dentiste ainsi que les personnes à joindre et comment le faire correctement.

En cas de soupçons et si les parents sont demandeurs d'aide, le chirurgien dentiste devra choisir la voie administrative de la protection de l'enfance et adresser une information préoccupante au président du Conseil général du département où réside l'enfant par une lettre envoyée avec accusé de réception. En revanche, s'il y a maltraitance manifeste et un danger immédiat pour l'enfant, le praticien aura pour devoir d'adresser un signalement de maltraitance par téléphone puis par lettre au procureur de la République ou au substitut chargé des mineurs pour une prise en charge judiciaire du cas.

Enfin, notre plaquette met en avant l'importance du numéro vert 119 qui est le numéro de référence pour les victimes de maltraitance infantile mais aussi pour les praticiens qui y seraient confrontés et voudraient être conseillés et guidés dans leurs démarches.

Nous concluons en disant que le chirurgien dentiste représente un maillon d'une chaîne pluridisciplinaire qui lutte pour la protection de l'enfance mais que ce rôle n'est pas encore assez ancré dans les esprits et nous espérons que cette situation évoluera pour le bien commun.

Index des acronymes :

AED : aide éducative à domicile

AEMO : action éducative en milieu ouvert

AFIREM : Association française d'information et de recherche sur l'enfance maltraitée

ASE : aide sociale à l'enfance

CAF : caisse d'allocation familiale

CAUVA : centre d'accueil d'urgence des victimes d'agression

CDEF : centre départemental de l'enfance et de la famille

CESE : commission d'évaluation des enfants

CMI : certificat médical initial

CMP : centre médico-psychologique

CSMI : centre de santé mentale infantile

JAF : juge des affaires familiales

ITT : incapacité totale de travail, désigne un état où le sujet est gêné dans les actes de la vie courante y compris la vie de relation. Malgré son nom, elle n'est pas liée à l'exercice d'une activité professionnelle et un nourrisson peut en bénéficier.

IVG : interruption volontaire de grossesse, possible jusqu'à 12 semaines de grossesse en France.

MDSI : maison départementale de la solidarité et de l'insertion

MJIE : mesure judiciaire d'investigation éducative

ODAS : observatoire de l'action sociale décentralisée

OPP : ordonnance de placement provisoire

PMA : procréation médicalement assistée

PMI : protection maternelle et infantile

SFIPP : société francophone d'imagerie pédiatrique et prénatale

SNATEM : service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger

TGI : tribunal de grande instance

Bibliographie

1. Association française d'information et de recherche sur l'enfance maltraitée. *Etats des savoirs sur la maltraitance : Etats généraux de l'Afirem, novembre 2005*. Karthala ; 2007.
2. Benali L. *La médecine légale au centre du dispositif de prise en charge de la violence : approche multidisciplinaire du centre d'accueil en urgences des victimes d'agression (CAUVA) au CHU de Bordeaux*. Thèse d'exercice en médecine ; Bordeaux ; 2005 ; N°3002.
3. Berthier M. *Les relations entre la médecine et la justice dans le domaine de l'enfance maltraitée*. Mémoire de DEA ; Bordeaux ; 1989.
4. Boutin G. *Les interventions auprès des parents : innovations en protection de l'enfance et en éducation spécialisée*. Dunod ; 1999.
5. Camdessus B. *L'enfance violentée*. ESF édition ; 1993.
6. Caprioglio D. *Les traumatismes des dents antérieures en pédodontie*. Masson ; 1990.
7. Cirillo S. *La famille maltraitante*. Fabert ; 2005.
8. Cirillo S. *Mauvais parents : comment leur venir en aide?* Edition Fabert ; 2006.
9. Colbert M. *Repérage de la maltraitance aux Urgences Pédiatriques de Bordeaux : état des lieux et réflexion pour une meilleure prise en charge*. Thèse d'exercice en médecine générale ; Bordeaux ; 2009.
10. Collège de psychanalyse groupal et familial. *Maltraitance familiale et maltraitance institutionnelle*. Ed. du Collège de psychanalyse groupale et familiale ; 2001.
11. Cothenet S. *Faire face à la maltraitance infantile : formations et compétences collectives*. Ed. L'Harmattan ; 2004.
12. Créoff M. *Guide de la protection de l'enfance maltraitée : définitions et organisation, dispositif administratif et judiciaire, procédures éducatives et réponses pénales*. Dunod ; 2006.
13. Cristol D. *Code de la santé publique*. Dalloz ; 2013.
14. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, la Documentation française. *Violences et santé en France : état des lieux*. La Documentation française ; 2010.
15. Emmanuelli M, Moggio F, Houzel D. *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Presses universitaires de France ; 2000.
16. Fadier-Nisse M. *Enfant maltraité, du bon usage de l'indiscrétion : savoir identifier, répondre et agir*. Ramsay ; 2004.
17. Fadier-Nisse M. *Quand la famille marche sur la tête : inceste, pédophilie, maltraitance*. Seuil ; 2004.
18. Fassin D. *Les nouvelles frontières de la santé*. Sciences humaines n°141 ; Août 2003.

19. Fassin D. *Variations anthropologiques sur la morale (dossier : la moralisation du monde)*. Les Grands Dossiers des Sciences humaines ; 2006.
20. Gabel M. *Maltraitance psychologique*. Fleurus ; 1996.
21. Gahagnon F. *Maltraitance et odontologie*. Thèse d'exercice en chirurgie dentaire ; Bordeaux ; 2004 ; N°17.
22. Gayet C. *Code pénal*. Dalloz ; 2013.
23. Gosset D. *Maltraitance à enfants*. Masson ; 1997.
24. Guilhem S. *Aspects légaux, cliniques et épidémiologiques de la maltraitance intrafamiliale : revue de la littérature*. Thèse d'exercice en médecine ; Bordeaux ; 1998 ; N°3085.
25. Haut comité de la santé publique. *Violences et santé*. Éditions ENSP ; 2004.
26. Ionescu S. *Psychopathologies et société : traumatismes, événements et situations de vie*. Vuibert ; 2006.
27. Labrune P. *Maturation et vulnérabilité*. Médecine-Sciences Flammarion ; 2005.
28. Lasek-Duriez A, Léauté-Labrèze C. *Signes cutanés des sévices à enfants (à l'exclusion des sévices sexuels)*. Annales de Dermatologie et de Vénérologie n°136 ; Novembre 2009.
29. Leblanc A, Sarny F, Le Run J-L. *Signaler, et après?* Erès ; 2005.
30. Lefèvre-Leandri D. *L'enfance maltraitée accueillie à l'hôpital : droit et psychologie*. Les Études hospitalières ; 1998.
31. Martineau J-P, Morhain Y. *Violences familiales*. L'Harmattan ; 2003.
32. Mauffroy C. *Quand la PMI se rend au domicile : une puériculture témoigne*. Caisse Nationale d'Allocation Familiale ; 2006.
33. Mousset-Libeau L. *La prévention de la maltraitance des enfants*. l'Harmattan ; 2004.
34. ODAS. *Observation de l'enfance en danger*. N° spécial - Novembre 2001.
35. ODAS. *Evolution des signalements d'enfants en danger en 2003*. Lettre de l'ODAS ; 2004.
36. ODAS. *Protection de l'enfance: Observer, évaluer pour mieux adapter nos réponses*. Rapport de l'ODAS ; 2005.
37. ODAS. *Protection de l'enfance : Une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs*. Lettre de l'ODAS ; 2007.
38. ODAS. *Décentralisation et protection de l'enfance, où en est-on?* Lettre de l'ODAS ; 2010.
39. ODAS. *La place des parents dans la protection de l'enfance*. Les cahiers de l'ODAS ; 2010.
40. Pelletier C. *Pratiques de soins parentales et négligence infantile : des signes au sens*. l'Harmattan ; 2004.

41. Pourtois J-P. *Blessure d'enfant : la maltraitance. théorie, pratique et intervention*. De Boeck université ; 2000.
42. Rapoport D. *Blanche-Neige, les sept nains et... autres maltraitances : la croissance empêchée*. Belin ; 2003.
43. Rayman S, Dincer E, Almas K. *Child abuse: concerns for oral health practitioners*. N Y State Dentistry Journal n°79 ; Juillet 2013.
44. Raymond G. *Droit de l'enfance et de l'adolescence*. LexisNexis Litec ; 2006.
45. Rey C. *Maltraitance à enfants et adolescents*. Doin ; 2001.
46. Romano-Chardin H. *Enfants maltraités : descriptions cliniques, évaluations et prise en charge*. Ed. Fabert ; 2009.
47. Rouby A. *Violences conjugales et maltraitances familiales : soigner les enfants et aider les parents*. Dunod ; 2012.
48. Roux A. *Réflexion relative au dispositif de lutte contre la maltraitance infantile*. Mémoire de DESS ; Bordeaux ; 2005.
49. Sabek M. *Les responsabilités du chirurgien-dentiste*. Les Études hospitalières ; 2012.
50. Sanchez JL. *Feuille de parcours en protection de l'enfance : un outils d'avenir*. Les cahiers de l'ODAS ; 2008.
51. Sandouly Y. *Les enfants maltraités ou le syndrome de Silverman : le rôle du chirurgien-dentiste*. Thèse d'exercice en chirurgie dentaire ; Bordeaux ; 2001 ; N°33.
52. Soubieux M-J. *La psychiatrie foetale*. Presses universitaires de France ; 2005.
53. Université Bordeaux Segalen. *Ire Partie - Module 03 - Maturation et vulnérabilité (Item 32 à 48)*. Cours de DCEM3 ; 2012.
54. Vabre F. *Le Traitement politique de la maltraitance infantile*. Caisse Nationale d'Allocation Familiale; 2005.
55. Van Hooland M. *La troisième personne : maltraitance, résilience et interactions verbales. analyse psychosociolinguistique de témoignages*. l'Harmattan; 2005.
56. Van Hooland M. *Maltraitance psychologique et résilience : approche psychosociale et biographique*. l'Harmattan; 2011.
57. Vassal J-P. *Code de déontologie des chirurgiens-dentistes commenté*. Editions Espace ID; 2010.
58. Vulbeau M. *La parole de l'enfant*. Caisse Nationale D'Allocation Familiale; 1998.

Vu, Le Président du Jury,

Date, Signature :

Vu, le Directeur de la Faculté d'Odontologie de Bordeaux,

Date, Signature :

Vu, le Président de l'Université Bordeaux 2,

Date, Signature :

SALLABERRY Sébastien

**MALTRAITANCE INFANTILE ET ODONTOLOGIE : DE L'ÉTUDE
ÉPIDÉMIOLOGIQUE À LA CONCEPTION D'UNE PLAQUETTE D'INFORMATION**

Thèse d'exercice en Chirurgie Dentaire ; Bordeaux ; 2014 ; N°02

Résumé : La maltraitance infantile touche 19000 enfants chaque année en France. Le chirurgien dentiste est amené à accueillir des mineurs et il est de sa responsabilité légale et déontologique de protéger l'enfance en danger. Pour cela il doit pouvoir dépister les signes physiques et psychologiques évocateurs de maltraitance infantile et savoir comment signaler cette situation aux autorités compétentes. Nous avons cherché, par une étude épidémiologique sur des praticiens de Bordeaux et sa périphérie ayant au moins 20 ans d'exercice, à évaluer les paramètres et les connaissances sur ce problème en odontologie. Les résultats ont montré que plus d'un tiers des praticiens interrogés ont eu des soupçons ou des cas avérés de maltraitance au cours de leur carrière mais que les connaissances en matière de protection de l'enfance étaient faibles. Il apparaît que trop de chirurgiens dentistes ne sont pas conscients de leur rôle de diagnostic et de signalement de la maltraitance. Nous avons donc mis au point un projet de plaquette d'information pour tenter de sensibiliser les praticiens sur ce sujet et ainsi améliorer la prévention de la maltraitance infantile.

Mots clés : Maltraitance infantile – Rôle du Chirurgien dentiste – Diagnostic – Signalement – Étude épidémiologique – Plaquette d'information

Summary : Child abuse concerns 19,000 children every year in France. The dental surgeon will have, during his career, to welcome in his practice maltreated children and it is his legal and deontological responsibility to protect any children in a situation of danger. In order to do so, he must be able to identify and acknowledge the physical and psychological signs of child abuse and also to know where and to whom he can report any cases. By using an epidemiologic approach on dental surgeons in Bordeaux and its suburbs with at least 20 years of experience we have evaluated the parameters and the knowledge of this issue in odontology. Results have shown that more than a third of respondents had, in their career, been in situations of suspected or proved maltreatment, however the knowledge of how to handle this type of situation was low. Too many dental surgeons are not aware of their role of diagnosing and reporting the maltreatment of children. To tackle this issue we have created a booklet on this subject to inform dentists on the protection of the abused children.

Key words : Child abuse – Dental surgeon's part – Diagnosis – Report – Epidemiological study – Informative booklet

Jury :

Mademoiselle M.J. BOILEAU,	Professeur des Universités	Présidente
Monsieur C. BOU,	Maître de Conférences des Universités	Directeur
Madame O. LAVIOLE,	Maître de Conférences des Universités	Rapporteur
Mademoiselle A. LAVAUD,	Assistante hospitalo-universitaire	Assesseur

Discipline : Santé Publique

Adresse de l'UFR :

Université Bordeaux 2 – Victor Segalen
UFR d'Odontologie
16-20 cours de la Marne
33082 Bordeaux Cedex