



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

MEMBRE DE

U-S-PC
Université Sorbonne
Paris Cité

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2018

N° 049

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 19 juin 2018

Par

Sophie DESARNAUTS

Maltraitance infantile : signes cliniques devant alerter l'odontologiste

Dirigée par Mme le Docteur Hien Tran

JURY

Mme le Professeur Marysette Folliguet

M. le Docteur Thông Nguyen

Mme le Docteur Élisabeth Dursun

Mme le Docteur Hien Tran

M. le Docteur Frédéric Pujol

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Invité

Tableau des enseignants de la Faculté

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MAÎTRES DE CONFÉRENCES
1. DÉVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PRÉVENTION	ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE	Mme DAVIT-BÉAL Mme VITAL	M. COURSON Mme DURSUN Mme JEGAT Mme SMAIL-FAUGERON Mme VANDERZWALM
	ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE		Mme BENAHEMED M. DUNGLAS Mme KAMOUN-GOLDRAT Mme LE NORCY
	PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET ODONTOLOGIE LÉGALE	Mme FOLLIGUET	Mme GERMA M. PIRNAY M. TAVERNIER
2. CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE	PARODONTOLOGIE	Mme COLOMBIER Mme GOSSET	M. BIOSSE DUPLAN M. GUEZ
	CHIRURGIE ORALE	M. MAMAN Mme RADOI	Mme EJEIL M. GAULTIER M. HADIDA M. MOREAU M. NGUYEN
	BIOLOGIE ORALE	Mme CHAUSSAIN M. GOGLY Mme SÉGUIER Mme POLIARD M. ROCHEFORT (PU associé)	M. ARRETO Mme BARDET (MCF) Mme CHARDIN Mme CHERIFI (MCU associée) M. FERRE M. LE MAY
3. RÉHABILITATION ORALE	DENTISTERIE RESTAURATRICE ENDODONTIE	Mme BOUKPESSI Mme CHEMLA	Mme BERÈS (MCU associée) Mme BESNAULT M. BONTE Mme COLLIGNON (MCU associée) M. DECUP Mme GAUCHER
	PROTHÈSES	M. POSTAIRE	M. CHEYLAN M. DAAS M. DOT M. EID Mme FOUILLOUX-PATEY Mme GORIN M. RENAULT M. RIGNON-BRET M. TIRLET M. TRAMBA Mme WULFMAN
	FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX		M. ATTAL Mme BENBELAID Mme BENOÎT A LA GUILLAUME (MCF) M. BOUTER M. CHARRIER M. CHERRUAU M. FLEITER Mme FRON CHABOUIS Mme MANGIONE (MCU associée) M. SALMON Mme TILOTTA
	PROFESSEURS ÉMÉRITES	M. BÉRENHOLC Mme BRION M. LASFARGUES M. LAUTROU M. LEVY	M. PELLAT M. PIERRISNARD M. SAFFAR Mme WOLIKOW
Mise à jour le 18 décembre 2017			

Remerciements

À Mme le Professeur Marysette Folliguet

Docteur en Chirurgie dentaire

Spécialiste qualifiée en Médecine bucco-dentaire

Docteur en Sciences odontologiques

Docteur d'État en Odontologie

Professeur des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Vice-Doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Chef de service de l'hôpital Louis Mourier

Chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur

Officier de l'ordre des palmes académique

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Je vous remercie pour votre bienveillance et votre disponibilité que vous m'avez témoignées lorsque je suis arrivée dans votre service l'année dernière. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude pour l'attention que vous portez à mon travail.

À M. le Docteur Thông Nguyen

Ancien Interne des Hôpitaux de Bordeaux

Ancien Chef de Clinique - Assistant des Hôpitaux de Paris

Maître de Conférences des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Docteur en Médecine

Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique

Médecin Fédéral, Fédération Française du Sport Universitaire

Je suis très honorée que vous ayez accepté de siéger dans le jury de cette thèse. Je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordée tout au long de l'année et particulièrement lors des vacations d'urgences où j'ai eu la chance de travailler avec vous. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

À Mme le Docteur Élisabeth Dursun

Docteur en Chirurgie dentaire

Ancien Interne des Hôpitaux

Docteur de l'Université Paris 13

Habilité à Diriger des Recherches

Maître de Conférences des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

C'est un grand honneur pour moi de vous compter parmi les membres de ce jury. Je n'ai pas eu la chance de vous avoir comme responsable lors de mes vacations cliniques à Colombes, mais je vous remercie pour votre bonne humeur et votre gentillesse lors des quelques échanges que nous avons pu avoir.

À Mme le Docteur Hien Tran

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes

Spécialiste qualifiée en Médecine bucco-dentaire

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Ancien chef de service à l'hôpital Max Fourestier

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Je vous remercie pour votre investissement, vos précieux conseils, votre réactivité et votre bonne humeur. Veuillez trouver ici toute ma reconnaissance pour le plaisir que j'ai pris à effectuer ma thèse sous votre direction.

À M. le Docteur Frédéric Pujol

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université de Toulouse

Ancien assistant des Hôpitaux de Paris

Ancien assistant à la Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

C'est un plaisir de t'avoir en tant que Docteur invité pour écouter ma soutenance de thèse. J'ai une profonde admiration pour tes compétences cliniques que j'ai eu l'occasion d'observer dans ton cabinet. Que ce travail soit le témoignage de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

Je dédie cette thèse à tous ceux qui ont été à mes côtés durant ces années d'études.

À Florian, mon premier soutien du quotidien qui a le don de supporter mes humeurs avec humour et qui me fait vivre de vrais « moments de bonheur ». Merci d'être là, je t'aime et vivement nos projets futurs...

À mes parents, premiers modèles de thésards, qui m'ont permis d'avoir une enfance et adolescence très heureuse et joyeuse. Avec la douceur de maman et les rires de papa vous avez toujours été présents pour nous soutenir tous les quatre. Merci...

À Paul, mon binôme de l'enfance, qui m'a toujours soutenue, de nos chamailleries je ne retiens que les rires...

À Baptiste, mon confident préféré, merci d'avoir supporté tous ces trajets dans la petite Fiat.

À Brice, kikou, mon petit marseillais, qui nous fait beaucoup rire avec ses histoires...

À mes oncles et tantes Massot-Bordenave et Desarnauts qui par leur bonne humeur nous permettent d'avoir une famille si unie. (Particulièrement mon oncle Mathieu, mon petit chouchou, vrai grand frère parisien)

À mes cousins et cousines, pour tous ces bons moments passés ensemble, vivement les prochains repas de famille...

À Aurore, ma malicieuse cousine qui a toujours été une vraie confidente.

À mon filleul Jeannot, le filou de la famille, qui nous amuse toujours autant avec ses ruses.

À Minou, ma grand-mère qui m'a beaucoup gâtée, si j'ai un souci promis, je reprends ma valise corolle et j'arrive à Montauban.

À mon grand-père Doudou qui m'a toujours poussée à travailler et qui a été un vrai modèle de réussite pour moi.

À Mamifa, des premiers jours de P1 à François Verdier à aujourd'hui via WhatsApp, tu as toujours été là pour moi. Je pense fort à Bonpapa.

À mes confrères et consœurs toulousains, les Mouth's, merci pour tous ces bons moments qui ont rendu nos études si agréables... L'inté, les soirées à 50 dans 30 m2, les galas, la Corse, le ski, vivement nos prochaines vacances ensemble...

À ma Loulou, notre petite maman aux multiples qualités, l'amie parfaite, merci d'avoir toujours été là pour moi.

À ma petite sévillane préférée, Eugénia, merci pour tous nos fous rires, de l'oral d'anglais à la momie du dortoir. Vivement les prochains voyages de notre trio. Je vous aime.

À Ponpon, mon ortho préféré, tu es une personne géniale, reviens vite à Toulouse que je t'adresse tous mes patients.

Au brillant Yaya, qui a tant ambiancé nos soirées, vivement tes futures conférences ;)

À Béfa, le premier thésard de la bande (Qui l'eût cru ?) et le grand pêcheur d'eau douce, vous nous régalez par votre bonne humeur avec Capou, vivement votre retour !!!

À Casta, sosie de J.T, qui m'a bien fait rire avec ses entourloupes.

Aux poupoules, avec qui le sport avait un meilleur goût.

À constance, ma binôme de clinique avec qui j'ai partagé mes premières expériences de clinique et Sophie, ma binôme de TD.

À Sib, ma plus vieille amie, du spectacle du bon sauveur à aujourd'hui on en a parcouru du chemin ensemble. J'ai hâte de partager d'autres moments avec toi.

À Chacha, la queen du Charley's et du Malibu, merci d'être une amie si drôle et attentive. Ce mini-rêve devient réalité, que va-t-on demander sur le chemin de ronde maintenant ?

A Esther, reine du karaoké, toujours joviale et dans les bons plans.

À Léo, qui était là lors des tous premiers jours de p1..., ça va on s'en est sorti finalement !

A Camille, Alice, Prianga et Fatou, vraie famille d'accueil parisienne, vous m'avez permis de passer cette année avec beaucoup de fous rires tout en surmontant les « sophites » merci encore pour ça.

Au « groupe de s'àgaro », Mansat, Guiraud, Certner et Roques, promis cet été j'offre l'arc en ciel au Charleys ;)

A Camille et Margaux, mes amies d'enfance, avec lesquelles j'ai tant de bons souvenirs.

À Nathalie et Paola qui ont été des assistantes au top et qui m'ont donné le goût du travail à 4 mains.

Aux docteurs Baïssas et Meridjen pour la confiance qu'ils m'ont accordée en travaillant dans leur cabinet.

À Madame Triphon et Monsieur Goubatian qui ont eu beaucoup de patience face à mon faible niveau de Word et qui m'ont aidée à mettre en forme cette thèse.

Table des matières

Introduction	2
1 : Maltraitance et odontologie	3
1.1 Approche historique de la maltraitance	3
1.2 Définition de la Maltraitance	4
1.3 Types de maltraitance.....	5
1.4 Facteurs de risque de la maltraitance :.....	5
1.5 Epidémiologie de la maltraitance	6
1.6 Intérêt du dépistage de la maltraitance lors d'une consultation dentaire.....	9
2 : Signes d'alertes de la maltraitance	12
2.1. Lors de l'interrogatoire médical.....	12
2.2 Lors de l'examen médical initial.....	12
2.2.1 Examen exo buccal/ facial :	13
2.2.2 Examen endobuccal :	14
2.2.3 Examens complémentaires :	16
2.3 Caractérisations des lésions de la maltraitance.....	18
2.3.1 Lésions des tissus mous de la face :	18
2.3.2 Fractures des os de la face :	22
2.4 Diagnostics différentiels :	30
2.5 Séquelles des mauvais traitements sur enfants :	32
2.5.1 Séquelles de la face :	32
2.5.2 Séquelles psychologiques :	33
3 : Rôle du chirurgien-dentiste.....	34
3.1. Positionnement du soignant	34
3.2 Procédures de signalement	35
3.3. Secret professionnel et signalement	36
3.4 Rédaction d'une information préoccupante.....	39
3.5 Rédaction d'un certificat médical initial :	39
3.6 Suite administratives et judiciaires	41
3.6.1 Suites administratives.....	41
3.6.2 Suites judiciaires :	42
3.7 Fiche informative au cabinet	44
Conclusion	45
Bibliographie	46
Table des figures.....	48
Annexes.....	49

Introduction

La maltraitance chez l'enfant est un problème de santé publique dont la fréquence est importante et dont les chiffres sont encore très sous-estimés.

Ces traumatismes infligés et non accidentels peuvent avoir de graves conséquences sur le développement psychique et physique de l'enfant. Commenant souvent chez l'enfant très jeune, le pronostic vital de celui-ci peut être rapidement engagé.

La face, le crâne ou la cavité orale sont des zones fréquemment touchées dans plus de 50 % des actes de maltraitance.¹

Le chirurgien-dentiste peut jouer un rôle de dépistage du fait de sa consultation spécialisée centrée sur la face et la cavité buccale.

Cependant, par méconnaissance des signes évocateurs et aussi de la conduite à tenir, les chirurgiens-dentistes sont désarmés face à ces mauvais traitements et signalent peu. Seulement 4 à 5 % des informations préoccupantes sont adressées par des professionnels de santé.²

Dans une première partie, nous nous attarderons à définir la maltraitance, les types de maltraitance que l'on peut retrouver, ses facteurs de risque. Puis nous détaillerons l'épidémiologie de la maltraitance et quels sont les intérêts du dépistage lors d'une consultation dentaire.

Dans une seconde partie, nous listerons tous les signes évocateurs des mauvais traitements chez l'enfant qui doivent alerter et retenir l'attention du chirurgien-dentiste tout au long de sa consultation, de l'interrogatoire médical aux examens complémentaires.

Puis nous énumérerons les types de lésions en les décrivant, ces éléments permettront ainsi de différencier des lésions traumatiques dues à des chutes ou accidents de vie qui sont particulièrement présents pendant l'enfance, à des traumatismes infligés et non accidentels.

Cependant, la forme, la localisation, la multiplicité des lésions et la difficulté à les dater, associées à un discours incohérent de l'entourage orientent le diagnostic vers une suspicion de maltraitance.

Il sera détaillé tous les diagnostics différentiels possibles ainsi que les séquelles psychologiques et physiques qui troublent la croissance harmonieuse de l'enfant et son développement.

Et enfin, dans une troisième et dernière partie nous évoquerons le rôle du chirurgien-dentiste dans les procédures de signalement pour permettre de protéger l'enfant d'un danger immédiat ou à venir, ainsi que les conditions nécessaires pour rompre le secret médical et pour réaliser un signalement. Nous verrons les procédures de rédaction de l'information préoccupante et du certificat médical initial.

Il est aussi proposé dans cette thèse la réalisation d'une fiche informative résumant les éléments évocateurs de la maltraitance qui peuvent se présenter, pour synthétiser de manière concrète tous les signaux que le chirurgien-dentiste peut rencontrer au sein de sa consultation.

¹ Daligand, Jaby, et Gleizal, « Traumatismes orofaciaux dans les mauvais traitements à enfants. Aspects cliniques et médico-légaux ».

² Rey-Salmon et Adamsbaum, *Maltraitance chez l'enfant*.

1 : Maltraitance et odontologie

1.1 Approche historique de la maltraitance

Les violences et négligences auprès des enfants ont toujours existé, même dans les plus anciennes civilisations humaines.

Le terme de maltraitance à proprement parler n'est apparu que très tardivement.

Dès l'antiquité gréco-romaine, nous avons traces de cas de nouveau-nés illégitimes ou handicapés, abandonnés à l'extérieur des cités pour y être dévorés par des bêtes sauvages.

L'enfant était considéré comme un être inachevé et inférieur pour lequel le père avait le droit de vie ou de mort.³ L'enfant appartenait au cercle familial privé.

Au Moyen-Age, les famines et épidémies rendent les abandons d'enfants et infanticides fréquents et communs. En particulier, les jeunes filles étaient considérées comme des bouches inutiles à nourrir. Ce n'est qu'à la fin du XIXème siècle que le concept du droit de l'enfant naît.⁴

Il est pénible pour la conscience de chacun de penser que l'être le plus fragile puisse être maltraité, ainsi pendant longtemps les travaux sur le sujet vont être rares et le corps médical tente de donner d'autres explications plus acceptables moralement pour expliquer les traumatismes qu'ils observent.⁵

Ce n'est qu'en 1860 que les premiers travaux apparaissent.

En effet, Ambroise Tardieu, professeur de médecine légale décrit pour la première fois la clinique des enfants maltraités dans un article « Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur les enfants ».

Puis en 1886, Alexandre Lacassagne, professeur de médecine légale, va détailler des constatations médico-légales en matière d'attentat à la pudeur sur des jeunes filles.

Sous l'impulsion des médecins légistes, la loi en matière de maltraitance va évoluer. En 1887, une loi interdit les châtiments corporels à l'école.

En 1889, une loi relative à la protection des enfants maltraités est énoncée, avec possibilité de peines d'emprisonnement pour les parents et de déchéance des droits parentaux.⁶

Cependant, la protection de l'enfant en danger est encore mal organisée, et la société n'est pas prête à lever le déni qui entoure les brutalités des adultes sur les enfants.

Il va falloir attendre les progrès de la radiologie pédiatrique et les travaux de John CAFFEY et Frédéric SILVERMAN dans les années 1940 pour faire avancer la reconnaissance des mauvais traitements infligés aux enfants.

John CAFFEY, radiologue pédiatrique, rapporte des cas de lésions cérébrales et oculaires, et de fractures des os longs en dehors de tout contexte traumatique plausible ou de maladies osseuses avérées.⁷ Il est à l'origine du diagnostic du « syndrome de l'enfant secoué » chez le nourrisson. Il

³ Jousselme, « Maltraitance et sévices à enfant (hors abus sexuels) ».

⁴ Rey-Salmon et Adamsbaum, *Maltraitance chez l'enfant*.

⁵ Daligand, Jaby, et Gleizal, « Traumatismes orofaciaux dans les mauvais traitements à enfants. Aspects cliniques et médico-légaux ».

⁶ Jousselme, « Maltraitance et sévices à enfant (hors abus sexuels) ».

⁷ Daligand, Jaby, et Gleizal, « Traumatismes orofaciaux dans les mauvais traitements à enfants. Aspects cliniques et médico-légaux ».

déclara même : « Préservez la précieuse tête de votre bébé. Ne le secouez jamais, ne le tirez jamais brusquement, ne le giflez jamais de crainte que vous lésiez son cerveau et le rendiez fou, ou alors secouez le jusqu'à la mort. »⁸

Frédéric SILVERMAN, radio pédiatre, a décrit des fractures osseuses sans antécédents traumatiques chez des enfants ayant une structure osseuse radiologiquement normale. De ces travaux, pour les fractures osseuses d'âges différents par traumatisme, la France a donné le nom de Syndrome de SILVERMAN. (Généralisation de l'utilisation du syndrome)

La notion d'enfants maltraités va être introduite par la loi du 10 juillet 1989. Depuis le 20 novembre 1989, l'ONU a inséré dans sa convention des droits de l'enfant la notion de protection de l'enfant.

La loi du 5 mars 2007 a pour principaux objectifs de renforcer la prévention, de mieux organiser le dispositif d'alerte et d'évaluation des risques de danger et de diversifier les modes de prise en charge des enfants en difficulté en essayant d'améliorer les relations entre enfants et famille.

Cette loi a pour objectif de prendre en compte tous les besoins de l'enfant, qu'ils soient physiques, intellectuels, sociaux et affectifs. L'approche est multidimensionnelle : médicale, éducative, sociale et judiciaire, pour pouvoir proposer une prise en charge globale.

La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant vise à compléter la loi du 5 mars 2007 reformant la protection de l'enfance.⁹ Elle vise notamment à accorder plus d'importance aux besoins et souhaits de l'enfant et à améliorer la cohérence entre les dispositifs et l'articulation institutionnelle. Le texte prévoit aussi l'attribution aux observatoires départementaux de la protection de l'enfance d'une mission supplémentaire pour la formation continue des professionnels de la protection de l'enfance.¹⁰

1.2 Définition de la Maltraitance

On ne retrouve pas dans les textes de la loi Française une définition de la maltraitance. Cependant l'ODAS (Observatoire National de l'action sociale décentralisée) propose une définition de l'enfant maltraité et celle de l'enfant à risque.

« L'enfant maltraité est celui qui est victime de violences physiques, de cruauté mentale, d'abus sexuel et de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique »

« L'enfant à risque est celui qui connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité ».¹¹

Bien qu'un enfant à risque ne soit pas systématiquement un enfant maltraité, un enfant maltraité doit être toujours considéré comme un enfant en danger, à risque.

La maltraitance est le fait délibéré d'une action humaine réprouvée et répressible qui se déroule dans l'environnement immédiat de l'enfant. Elle peut être connue et prévenue quel qu'en soit l'auteur, la famille ou l'institution. Elle engage donc la responsabilité de l'ensemble de la collectivité.¹²

⁸ Rey-Salmon et Adamsbaum, *Maltraitance chez l'enfant*.

⁹ Légifrance, Missions de la protection de l'enfance.

¹⁰ Observatoire national de la protection de l'Enfance, « La loi de réforme de la protection de l'enfance ».

¹¹ Jousselme, « Maltraitance et sévices à enfant (hors abus sexuels) ».

¹² Nossintchouk et Kouyoumdjian, « Traumatismes orofaciaux et mauvais traitements à enfants ».

1.3 Types de maltraitance

Il existe différents types de maltraitance¹³ :

- Les violences physiques : elles vont créer des dommages des tissus et organes, provoquant des anomalies esthétiques et fonctionnelles sur les membres et les organes de l'enfant pouvant entraîner des incapacités physiques ou le décès de l'enfant.
- Les violences psychologiques : elles peuvent être repérées par des troubles du comportement, un enfant triste souvent apathique ou indifférent. Ces violences peuvent être dues à un manque d'affectivité, à des humiliations, des injures, des dévalorisations, des menaces, des punitions ou des exigences abusives.
- Les violences sexuelles : elles sont physiques et psychologiques à la fois. Elles regroupent les viols, les incestes, la prostitution et la pornographie.
- Des négligences graves : ce sont des carences résultant souvent de l'absence de soins.

1.4 Facteurs de risque de la maltraitance :

Il existe des facteurs de risque de la maltraitance. Ils sont directement corrélés à l'adulte au contact de l'enfant, à l'enfant lui-même et à son environnement.¹⁴

Adulte :

- Présence d'un adulte violent dans le foyer
- Indifférence affective d'un des parents (troubles psychiques graves chez un parent, enfant non désiré ...)
- Famille monoparentale (précarité sociale, économique et sentimentale)
- Précarité financière au sein du foyer
- Adulte dépendant, alcoolique ou drogué
- Absence de lien biologique direct entre l'enfant et le parent
- Violences subies par le parent (réapparition transgénérationnelle)
- Parent jeune
- Antécédent de maladie mentale

¹³ Nossintchouk et Kouyoumdjian.

¹⁴ Daligand, Jaby, et Gleizal, « Traumatismes orofaciaux dans les mauvais traitements à enfants. Aspects cliniques et médico-légaux ».

Enfant :

- Enfant très jeune dont l'âge est inférieur à 3 ans. (80 % des enfants hospitalisés pour des sévices le sont avant l'âge de 3 ans)
- Enfant malade
- Enfant prématuré, enfant ayant présenté des complications à la naissance ou ayant dû être séparé de ses parents pour des raisons de santé
- Enfant handicapé mental ou physique
- Jumeaux ou enfants ayant une différence d'âge de moins de 18 mois

Environnement :

Environnement familial avec :

- Problème relationnel au sein de la famille
- Famille dissociée ou recomposée
- Rigidité éducative

Environnement économique :

- Manque de ressource
- Logement inadéquat
- Instabilité professionnelle

Environnement socioculturel :

- Isolement
- Changement culturel

Environnement institutionnel :

- Climat plus instable et violent au sein de certains foyers

C'est la multiplicité de ces facteurs au sein d'une même famille qui permettra d'évoquer un risque et non une certitude.

1.5 Epidémiologie de la maltraitance

Depuis la loi du 10 juillet 1989, c'est une obligation légale de disposer de données épidémiologiques sur la maltraitance en France.¹⁵

L'épidémiologie de la maltraitance a trois objectifs :

- Calculer la fréquence des enfants maltraités

¹⁵ Rey-Salmon et Adamsbaum, *Maltraitance chez l'enfant*.

- Identifier des facteurs de risque de la maltraitance
- Identifier les conséquences à long terme de la maltraitance

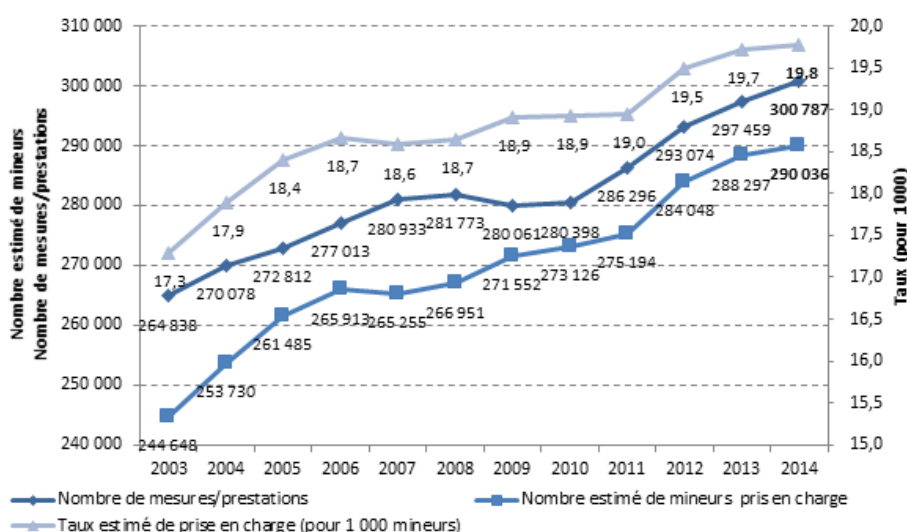
Les chiffres officiels les plus récents en France sont :

En 2006, selon l'Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée, on comptait 98000 enfants en danger dont 19000 enfants maltraités.

Selon l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance, le nombre de mineurs pris en charge en protection de l'enfance est d'environ 290 000 en France. Cela représente environ 19,8 % des mineurs en France au 31 décembre 2014.¹⁶

Cette estimation est réalisée à partir du croisement des données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ), avec le nombre de mineurs en assistance éducative issu des tableaux de bord des tribunaux pour enfants.¹⁷

Figure 1 : Évolution des prises en charge des mineurs en protection de l'enfance de 2003 à 2014 au 31 décembre



Sources : Organisation nationale de la protection de l'enfance, « Les chiffres clés de la protection de l'enfance », 2015

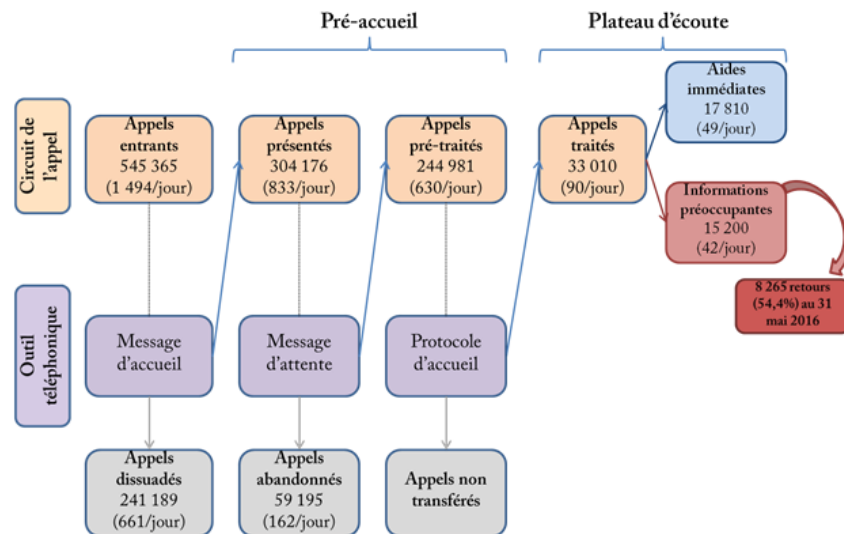
En 2015, sur 304 176 appels présentés au service du 119, 56 % des appels traités ont donné suite à une aide immédiate. Dans ces appels traités, il y a principalement des faits de violences physiques et psychologiques même si les cas de négligences lourdes sont en augmentation.

S'agissant des suites données aux informations préoccupantes : 61 % sont des suivis de proximité, 19,5 % des mesures administratives et 19,5 % des mesures judiciaires.

¹⁶ Observatoire national de la protection de l'Enfance, « Les chiffres clés en protection de l'enfance ».

¹⁷ Observatoire national de la protection de l'Enfance.

Figure 2 : Données annuelles du 119



Source : Organisation nationale de la protection de l'enfance, « données statistiques annuelles du 119 », 2016

Selon l'Observatoire national de la délinquance, les statistiques de la police et de la gendarmerie nationale faisaient état de 14485 cas de « mauvais traitements et abandons d'enfants de moins de 15 ans » en 2007 (multiplié par 2,6 entre 1996 et 2007) et de 67 cas d'homicides sur enfants de moins de 15 ans en 2005.¹⁸

Près de 2 % de la population générale des mineurs de moins de 18 ans sont pris en charge par l'aide sociale à l'enfance.

Il existe cependant un non recoupement des données, visible sur la figure 3 ci-dessous.

¹⁸ Observatoire national de la protection de l'Enfance.

Figure 3 : Nombre d'enfants en danger et maltraités selon les sources d'information en 2002

Sources d'information	Enfants en danger (n)	Enfants maltraités (n)
Éducation nationale		
Médecins	44 980	16 103
Premier degré	16 024	8 340
Second degré	28 956	7 763
ASS* (second degré)	14 947	6 942
SNATEM		31 913
ODAS	86 000	18 500
Police et gendarmerie nationales		27 109**
* ASS : assistant(e)s de service social.		
** Soit 10 064 « mauvais traitements et abandons » + 17 045 violences sexuelles sur mineurs.		

Source : Tursz, *Maltraitance chez l'enfant*, 2013

Les causes du non recoupement sont multiples : définitions différentes (enfant en danger, enfant maltraité ?), âge de l'enfant différent, unité d'observation variable (l'enfant, la plainte, l'appel téléphonique, l'information préoccupante) et des zones géographiques couvertes diverses.¹⁹

Depuis la loi de mars 2007, il existe une véritable volonté d'avoir une meilleure connaissance des statistiques. Des cellules départementales de recueil d'informations préoccupantes (CRIP) sont créées, pour éviter le problème des doublons. Le rôle de l'Observatoire national de l'Enfance en Danger (ONED) est renforcé notamment dans le dispositif national de production de données chiffrées.

Sur le terrain international, L'Organisation Mondiale de la Santé a rapporté, à partir d'études internationales, qu'un quart des adultes déclare avoir subi des violences physiques dans leur enfance et qu'une femme sur 5 et un homme sur 13 déclarent avoir subi des violences sexuelles dans leur enfance.

1.6 Intérêt du dépistage de la maltraitance lors d'une consultation dentaire

Un enfant en danger consulte rarement directement un service d'urgence médico-judiciaire. C'est par l'intermédiaire de consultations pédiatriques que des suspicions de maltraitance sont effectuées. La maltraitance peut avoir un retentissement grave sur l'état de santé et le comportement psychosocial à court ou à long terme de l'enfant, il est important qu'il soit ainsi dépisté rapidement.

¹⁹ Rey-Salmon et Adamsbaum, *Maltraitance chez l'enfant*.

Toute agression située au niveau de l'extrémité céphalique et du massif facial peut engendrer des lésions neurologiques : « syndromes méningés, syndromes convulsifs, troubles de la conscience, signes neurologiques en foyer » : le dépistage est primordial.

La face est une zone fréquemment touchée, de 50 % à 75 % dans les cas de maltraitance.²⁰ Le chirurgien-dentiste du fait de sa consultation spécialisée, centrée sur l'extrémité céphalique et la sphère buccale est aux premières loges pour détecter des cas de violences sur l'enfant.

Cependant, il existe un manque de formation des chirurgiens-dentistes sur le sujet, entraînant des lacunes sur le signalement face à des signes évoquant la maltraitance.

Une méta analyse de 2016, « domestic violence against child detected and managed in the routine of dentistry » s'est basée sur 1024 articles sur le sujet, recueillis à partir de 6 bases de données, a investigué sur la perception, le savoir et l'attitude des dentistes face au dépistage de cas de maltraitance²¹

- Dans 39 % des articles, le savoir des chirurgiens-dentistes sur comment détecter des cas de maltraitance est considéré comme « insuffisant ».
- Dans les cas de suspicions de maltraitance, les chirurgiens-dentistes se réfèrent directement aux autorités compétentes (dans 77,75 % des articles).
- Cependant les dentistes ne sont pas sûrs de savoir qui sont réellement ces autorités, dans 31,25 % des articles.

En 2017, une étude danoise s'intéresse au rôle que jouent les chirurgiens-dentistes danois dans le dépistage de la maltraitance et des négligences sur les enfants.²²

Le but de l'enquête est aussi d'identifier les difficultés que rencontrent les chirurgiens-dentistes à effectuer un signalement. Sur 964 dentistes ayant répondu au questionnaire (questionnaire validé)

- 40,8 % ont déjà eu à faire un signalement et 50 % d'entre eux se sont référés aux autorités compétentes.
- Seulement 8,9 % des dentistes ont reçu un enseignement sur le sujet alors que 64,4 % estiment qu'ils pourraient reconnaître des signes ou des symptômes de maltraitance et de négligence.

²⁰ Daligand, Jaby, et Gleizal, « Traumatismes orofaciaux dans les mauvais traitements à enfants. Aspects cliniques et médico-légaux ».

²¹ Rodrigues et al., « Domestic violence against children detected and managed in the routine of dentistry : a systematic review ».

²² Uldum et al., « How danish dentists and dental hygienists handle their role in child abuse and neglect matters ».

- Les barrières au signalement sont le plus souvent des doutes sur le caractère relevant de la maltraitance, des observations, signes ou symptômes observés (74,4 %), la peur de violences supplémentaires sur l'enfant dès que les procédures fédérales commenceront (53,7 %), la peur de conséquences sur l'enfant si les autorités interviennent (50,4 %).

2 : Signes d'alerte de la maltraitance

2.1. Lors de l'interrogatoire médical

Il existe des signes d'alerte de la maltraitance qui peuvent être identifiés lors de la première consultation, et même en salle d'attente. Un aspect général maigre, avec des cheveux sales, des vêtements négligés ou cachant des bleus doit alerter.

Un récit incohérent des parents ou de l'entourage familial, sur le motif de consultation ou le déroulé du traumatisme, avec la version de l'enfant ainsi qu'un discours confus et alambiqué doit alerter le soignant.²³ Le récit de l'accident permet au soignant d'évaluer la personnalité du parent ainsi que les difficultés sur le plan socio-économique ou relationnel qu'ils rencontrent avec leur enfant. Cet interrogatoire permet ainsi au soignant d'identifier une situation à risque, bien qu'un faible niveau social ne soit pas forcément corrélé à un risque de maltraitance.²⁴

De plus, une consultation tardive des parents doit alerter, notamment si le traumatisme est handicapant pour l'enfant (ex : bras cassé...) et que la seule explication donnée par les parents soit un manque de temps pour aller consulter.

A contrario, une multiplication des visites dans différents services (urgences..) ou dans des lieux de consultations différents peut être aussi un signal d'alerte.²⁵

Le moment de l'interrogatoire médical permet aussi d'établir un dialogue avec l'enfant et d'évaluer son comportement. En effet, un comportement triste, avec regard fuyant ou au contraire agressif peut être alarmiste.

2.2 Lors de l'examen médical initial

Il est important de s'assurer que le cas de l'enfant ne relève pas d'une urgence vitale. Il convient donc de demander à l'accompagnant si l'enfant a eu une perte de connaissance pouvant signer un traumatisme associé du crâne ou du rachis cervical et s'il y a eu une consultation préalable aux soins dentaires en urgences pédiatriques.

De plus, il faut éliminer une urgence ophtalmique (plaie et contusions du globe oculaire) car elle peut menacer la vision en l'absence de traitement dans les premières heures.²⁶

Dans le cadre d'une consultation dentaire, il est important d'expliquer à l'enfant et à ses parents chaque geste de l'examen et leurs nécessités pour obtenir la confiance de l'enfant. En effet, l'examen

²³ Vasseur, « Repérer un enfant en danger lors de la consultation aux urgences ».

²⁴ Nossintchouk et Kouyoumdjian, « Traumatismes orofaciaux et mauvais traitements à enfants ».

²⁵ Vasseur, « Repérer un enfant en danger lors de la consultation aux urgences ».

²⁶ Vazquez et al., « Plaies et traumatismes de la face de l'enfant ».

de la région buccale peut être perçu comme une intrusion dans l'intimité du jeune patient, et/ ou peut rappeler une peur des soins dentaires et enfin réévoquer pour l'enfant des mauvais traitements.

Comme tout examen pédiatrique classique, même s'il y a des premiers soupçons de maltraitance au moment de l'interrogatoire, l'examen doit être complet et sa méthode d'intervention rigoureuse pour ainsi limiter le nombre d'interventions auprès de l'enfant.

Il comprend un examen facial complet, un examen de tous les orifices naturels de la face et un examen de la cavité buccale.

L'examen facial comprend une observation, une inspection, palpation, un relevé précis et la consignation de tous les indices suspects. Ce dossier peut s'accompagner de photographies extra-orales et intra-orales ainsi que des schémas et des dessins. Cela permet de créer une vraie cartographie des lésions.

2.2.1 Examen exo buccal/ facial :

L'examen exo-buccal lors de la consultation dentaire est souvent succinct ; cependant, il doit être particulièrement méticuleux lors de la visite d'un enfant qui se présente avec un traumatisme. Il s'inspire des protocoles utilisés en stomatologie. Lors de l'examen chez l'enfant, l'œdème consécutif au traumatisme est souvent précoce et très impressionnant. Cependant il n'existe pas toujours de corrélations entre cet aspect clinique initial observé et la gravité réelle.²⁷

Il est préférable pour le confort du patient de commencer par les zones non traumatisées.

L'inspection se déroule en divisant la face par étage.

On commence ainsi par le cou, puis l'étage inférieur de la face, puis l'étage moyen et enfin l'étage supérieur.

Il est important de varier les angles de prise de vue pour éviter d'oublier une zone.

Cette inspection va permettre de rechercher une éventuelle hémorragie extériorisée (épistaxis, stomatorragie, otorragie) ou cachée (hémorragie déglutée).

Une asymétrie en faisant la part de l'œdème et déformation ou enfoncement du relief normal est notée. Il faut aussi noter l'état des téguments.

L'évaluation de la motricité faciale en cas de plaie peut être évaluée en recherchant une asymétrie de la motricité des muscles peauciers. Une atteinte du VII, nerf moteur de la face, peut être évaluée par la faculté à réaliser des mimiques, la mobilité du front, du sourcil, de l'aile du nez, de la lèvre ou du peaucier du cou.

L'examen de la sensibilité passe par l'exploration du nerf trijumeau.

Pour le V1 : front, paupière supérieure

²⁷ Vazquez et al.

Pour le V2 : ailes du nez, paupière inférieure, joues, lèvre supérieure et dents maxillaires

Pour le V3 : lèvre inférieure, dents mandibulaires et menton.

La palpation doit être douce, bilatérale et symétrique. Elle va permettre d'apprécier les volumes osseux et de repérer une discontinuité du contour osseux pouvant signer une fracture.²⁸

La révélation d'une zone douloureuse par l'enfant permet aussi, en l'absence d'urgence d'intervention, de hiérarchiser le protocole de soins en commençant ainsi par la zone qui fait mal.

Les fosses nasales sont examinées en détail, recherchant une déformation ou un hématome de la cloison nasale, une rhinorrhée ou un écoulement de liquide cébrospinal en cas de brèche méningée.

L'examen du conduit auditif externe permet de signaler une otorragie des plaies.

2.2.2 Examen endo-buccal :

L'examen endo-buccal doit être délicat pour ne pas braquer l'enfant. Il est nécessaire d'avoir déjà acquis la confiance de l'enfant. Il se déroule en position allongée ou semi- allongée avec un bon éclairage.

Dans un premier temps, la demande d'ouverture buccale de l'enfant permet de constater, en cas d'impossibilité, un trismus d'origine inflammatoire ou infectieuse, une limitation d'ouverture buccale, une séquelle traumatique récente ou une pathologie articulaire.²⁹

De plus, le type d'occlusion de l'enfant est relevé, ainsi que les dysmorphoses dans le sens vertical, transversal et antéro-postérieur.

L'examen des fonctions et para fonctions (type de ventilation, déglutition, mastication, phonation) est primordial car une dysfonction peut avoir des retentissements sur la croissance harmonieuse de l'enfant.

Cet examen se déroule selon le mode opératoire dit « classique » dans un premier temps avec un miroir.

Le miroir est utilisé après avoir montré à l'enfant son fonctionnement et son caractère indolore. Puis l'introduction des autres instruments tels que la sonde, la précelle, l'abaisse langue... est possible.

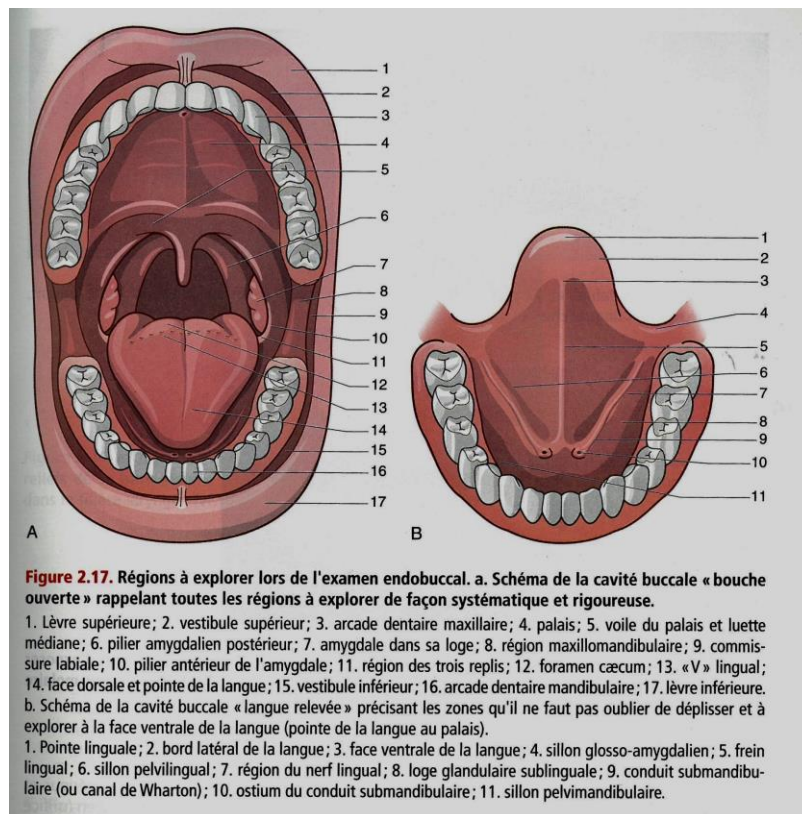
²⁸ Daligand, Jaby, et Gleizal, « Traumatismes orofaciaux dans les mauvais traitements à enfants. Aspects cliniques et médico-légaux ».

²⁹ Nossintchouk et Kouyoumdjian, « Traumatismes orofaciaux et mauvais traitements à enfants ».

L'examen va concerner toutes les régions de la cavité buccale, le miroir et l'abaisse langue peuvent permettre de déplier tous les sillons de la cavité buccale et aussi d'accéder à l'oropharynx.

La technique des cercles, de l'extérieur vers l'intérieur permet à l'examineur de n'oublier aucune région.³⁰

Figure 4 : Régions à explorer lors de l'examen endobuccal



Source : Barthélemy, *Chirurgie maxillo-faciale et traumatologie*, 2017

Ainsi, les zones à examiner sont dans l'ordre :

- Les lèvres sur la face muqueuse
- La face endobuccale des joues
- Le palais dur et le palais mou
- Le plancher buccal et la langue (face dorsale, face ventrale)
- Le parodonte
- La denture

³⁰ Brix, Barthélemy, et Collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, *Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*.

L'examen visuel précis ainsi que l'inspection et la palpation des muqueuses et des structures de la cavité buccale permettent de relever des lésions des tissus mous et durs ainsi que des fractures osseuses et dentaires détaillées ci-dessous.

Le type de parodonte de l'enfant est consigné, ainsi que la présence ou non de plaque et de tartre et l'inflammation gingivale (œdème gingival, saignement, coloration du parodonte, récessions, état de la gencive papillaire et inter papillaire)

Enfin dans un dernier temps les dents sont examinées.

La caractérisation des lésions dentaires doit être particulièrement précise. La formule dentaire de l'enfant est notée. Des troubles du développement dentaire sont ainsi dépistés.

Il convient de noter toutes les anomalies morphologiques, traumatiques et pathologiques dentaires.

Il est intéressant de réaliser des tests de vitalité pulpaire si l'enfant est en denture définitive, le test de vitalité pulpaire étant peu reproductible et peu fiable en denture temporaire.

2.2.3 Examens complémentaires :

2.2.3.1 Examen radiologique :

L'imagerie permet de préciser le diagnostic de « maltraitance ». Le type d'image dépend de la structure dans lequel l'enfant est pris en charge initialement. Mais c'est surtout l'état clinique de l'enfant qui va guider le clinicien à demander un type de cliché particulier en respectant le principe d'ALARA.

Sur les radiographies du squelette, la présence de fractures d'âges différents et/ou de localisations particulières (épiphysométaphysaires, arc postérieurs des côtes...) sont des éléments diagnostiques qui peuvent être déterminants bien que parfois inconstants.³¹

La scintigraphie osseuse est utile pour détecter des lésions infra-radiologiques récentes.

L'orthopantomogramme est un cliché simple et de « débrouillage » de la mandibule et des structures dentaires.

Cependant, il ne peut être réalisé avant 4 ans et demande une posture immobile de l'enfant ainsi que de serrer entre les dents un embout buccal, ce qui peut être difficile si l'enfant a un traumatisme facial important. Auquel cas, un examen tridimensionnel peut être réalisé nécessitant parfois une sédation chez le jeune enfant.

³¹ Adamsbaum et Rey-Salmon, « Imagerie de la maltraitance chez l'enfant ».

Dans un traumatisme facial important, le scanner est l'examen clé. Il permet d'étudier en 3D les os de la face, les articulations temporo-mandibulaires et les structures dentaires et alvéolaires. Il a aussi un grand intérêt pour les fractures du condyle lorsque les superpositions des germes dentaires gênent la lecture, notamment sur un orthopantomogramme.

Le « cône beam » est aussi utilisé car il est moins irradiant qu'un scanner dentaire et offre une qualité d'image permettant d'évaluer plus spécifiquement les structures dentaires et l'os alvéolaire. Il ne permet cependant pas d'avoir d'image des tissus mous de la face à l'inverse du scanner.

Dans l'approfondissement de l'examen dentaire des rétro-alvéolaires et rétro-coronaires peuvent être réalisées, elles permettent une vision plus précise des dents et germes dentaires.

Figure 5 : Scanner montrant une fracture condylienne bilatérale



Source : Vazquez et al, « Plaies et traumatismes de la face de l'enfant », 2016

2.2.3.2 Photographies :

Les photographies permettent de compléter le dossier médical. Elles ont une importance médico-légale mais aussi médicale. Elles doivent si possible être réalisées le plus rapidement possible après le traumatisme pour disposer de l'état initial et suivre l'évolution.³²

Dans certains cas, l'apport de photographies antérieures, réalisées par l'entourage ou le milieu scolaire peuvent également aider au diagnostic rétrospectif.

³² Vazquez et al.

2.2.3.2 Examen bactériologique :

Il peut avoir lieu lors de la consultation pédiatrique à l'hôpital notamment en cas de surinfection, d'un risque de nécrose ou en cas de suspicion d'un abus sexuel.³³

2.2.3.3 Moulages d'études :

Ils permettent d'apporter des informations sur l'occlusion, et sur les perturbations intra ou inter arcades subies par l'enfant lors d'un traumatisme.

Cependant les moulages sont parfois très compliqués à réaliser lors de la première consultation, par son caractère désagréable et intrusif pour l'enfant.

2.3 Caractérisations des lésions de la maltraitance :

Toutes les lésions ne sont pas spécifiques de la maltraitance.

Cependant, la forme, la localisation, la multiplicité des lésions et la difficulté à les dater associées à un discours incohérent de l'entourage orientent le diagnostic vers une suspicion de maltraitance.

Il est important d'essayer d'apporter des éléments de datation des lésions observées. Cette datation permet d'affirmer la répétition des violences subies par l'enfant.

2.3.1 Lésions des tissus mous de la face :

2.3.1.1 Ecchymoses :

Elles sont très fréquentes, notamment lors de l'acquisition de la marche ce qui peut conduire à une banalisation à tort de ce type de lésions tégumentaires.³⁴

Chez un enfant de plus de 9 mois, des ecchymoses observées sur les avant-bras, les tibias et le front sont considérées le plus souvent comme des lésions accidentelles.

Cependant celles localisées sur des zones habituellement couvertes comme les fesses, le dos, le tronc, les parties génitales, les cuisses, les bras ou sur les joues, les oreilles ou le cou orientent le diagnostic vers une suspicion de maltraitance. La forme des ecchymoses est souvent évocatrice de l'objet

On peut retrouver :

- Point d'appui de doigts sur les paupières ou le cou
- Marques d'objets contendants sur les joues et les lèvres

³³ Nossintchouk et Kouyoumdjian, « Traumatismes orofaciaux et mauvais traitements à enfants ».

³⁴ Vasseur, « Repérer un enfant en danger lors de la consultation aux urgences ».

- Alimentation forcée au niveau de la région péri-buccale et des lèvres
- Marques de coups de poing sur la région orbitopalpébrale et le nez
- Gifles ou appuis d'objets créant des hématomes sur les joues et les oreilles
- Contentions ou frottements serrés, répétés à deux mains sur les oreilles responsables de chondromatoses autrement appelées « oreilles de boxeur »
- Marques de strangulation sur la région cervicale

Le plus souvent ces lésions disparaissent en quelques semaines mais peuvent laisser des marques cutanées pigmentées ou dépigmentées.³⁵

Figure 6 : Hématome péri-orbitaire sur l'œil droit d'un garçon de 4 ans



Source : Daligand, « Traumatisme or faciaux dans les mauvais traitements à l'enfant », 2016

Figure 7 : Chondromatose post traumatique bilatérale



Source : Rey-salmon et Adamsbaum, *Maltraitance chez l'enfant*, 2013

³⁵ Rey-Salmon et Adamsbaum, *Maltraitance chez l'enfant*.

2.1.1.1. Plaies, excoriations et cicatrices :

Des plaies localisées au niveau de l'arcade sourcilière ou du cuir chevelu sont le plus souvent des plaies accidentelles. Cependant une localisation située au niveau du cou ou des poignets doit alerter.³⁶

De plus, elles vont devenir évocatrices si elles sont multiples, infectées et/ou négligées, de forme particulière et d'âges différents.³⁷

On va retrouver comme type de plaies : des griffures, des pincements, des plaies punctiformes ou linéaires à bord contus ou nets, des abrasions épidermiques (dus à des appuis forts sur un plan en relief) et des excoriations croûteuses. On peut retrouver des signes de strangulation sous forme de cicatrices dépigmentées bilatérales.

Il est important de noter leur profondeur, leur ancienneté, leur localisation et leur forme.

- Des objets tranchants (ciseaux, couteaux, tournevis ou lime à ongle) vont créer des plaies récentes ou des cicatrices déjà constituées franches, plus ou moins larges.
- Des objets contondants (biberon, bâton) vont créer des plaies récentes ou cicatrices déjà constituées contuses, de formes irrégulières, arrondies ou étoilées, avec des bords nécrosés ou amincis, signant des traumatismes appuyés et répétés.³⁸

Figure 8 : Plaies à l'état croûteux au niveau du nez d'un garçon de 8 ans



Source : Nossintchouk, « Traumatismes orofaciaux et mauvais traitements à enfants », 2008

³⁶ Vasseur, « Repérer un enfant en danger lors de la consultation aux urgences ».

³⁷ Rey-Salmon et Adamsbaum, *Maltraitance chez l'enfant*.

³⁸ Rey-Salmon et Adamsbaum.

Dans un premier stade ces lésions sont hémorragiques puis crouteuses. Elles peuvent être le siège de surinfections en 4 à 10 jours, témoins de l'absence de soin. Ici le diagnostic différentiel avec une lésion issue d'un impétigo est très important à réaliser.³⁹ S'il y a une perte de substance associée, la cicatrisation est plus longue et se fait sous le mode d'une cicatrisation dirigée avec risque de rétractions et de brides pouvant induire des déformations.

2.3.1.3 Alopécies :

Ce sont des zones du cuir chevelu partiellement ou complètement dépourvues de cheveux. Elles vont signer des manœuvres de préhension brutale de la tête de l'enfant par les cheveux ou d'arrachements de cheveux volontaires.

Ces alopécies disparaissent normalement dès que l'enfant est éloigné de l'individu maltraitant, ou peuvent persister sur des zones cicatricielles.

Figure 9 : Alopécie traumatique récidivante sur une enfant de 4 ans.



Source : Rey-Salmon et Adamsbaum, *Maltraitance chez l'enfant*, 2013

2.3.1.4 Brûlures :

Il existe deux types de brûlures intentionnelles : par ébouillement ou par contact au niveau de la face et du cou.

Par contact direct, les brûlures sont bien délimitées et reflètent l'objet utilisé. Cela peut être une cigarette, un objet chaud, un radiateur ou même un fer à repasser.

Les brûlures par ébouillement se font généralement par immersion d'une extrémité du corps, des fesses ou du périnée. Les limites des lésions sont nettes.

³⁹ Rey-Salmon et Adamsbaum.

Les brûlures au premier degré et deuxième degré superficiel cicatrisent en 4 à 10 jours avec constitutions de croûtes sèches, puis disparaissent sans séquelle ou avec des zones de dépigmentation ou d'hyperpigmentation.

Les brûlures au second degré intermédiaire ou profond deviennent croûteuses, suintantes, douloureuses et surinfectées en 5 à 10 jours. Elles ne cicatrisent pas spontanément.⁴⁰

2.3.1.5 Morsures :

Il faut distinguer les morsures humaines, qui ne sont jamais accidentelles des morsures animalières. Les morsures humaines vont avoir généralement une forme ovale et ellipsoïde et comportent les arcades dentaires supérieures et inférieures des incisives jusqu'aux canines ou molaires si la morsure est large. Elles sont plus superficielles et moins dévastatrices que les morsures d'origine animale. La distance inter canine chez l'adulte varie de 32 à 45 mm. Une distance inférieure à 30 mm doit faire suspecter une morsure par un enfant. Elles sont marquées par une ecchymose centrale entre les deux marques des arcades. Les traces de morsures sont exploitables pendant environ 48h.

Les morsures d'origine animale, d'origine canine le plus fréquemment ont un aspect très spécifique. En effet, en plus de la lésion de la morsure, on va retrouver des déchirements, des pertes de substance des tissus adjacents ou des plaies franches ou contuses déchiquetées.⁴¹

Un chien qui a mordu récidive toujours en présence du même enfant, il est donc impératif et nécessaire d'éloigner l'enfant de l'animal.

2.3.2 Fractures des os de la face :

Les fractures des os de la face témoignent de chocs très violents, elles doivent attirer l'attention.

Les fractures les plus classiques sont la fracture du condyle mandibulaire et la fracture du plancher de l'orbite.

Toutes les fractures ont des préjudices esthétiques et fonctionnels très importants, notamment si elles ne sont pas prises en charge, en perturbant la croissance harmonieuse de l'enfant.

Particulièrement chez le jeune enfant, ces fractures peuvent passer inaperçues.

La fracture du condyle mandibulaire est la plus fréquente des fractures de la mandibule. Elle est due à un traumatisme direct sur le menton. Quelques signes sont évocateurs et doivent alerter l'odontologiste :

- Une douleur à la palpation de la face antérieure du conduit auditif externe.

⁴⁰ Rey-Salmon et Adamsbaum.

⁴¹ Daligand, Jaby, et Gleizal, « Traumatismes orofaciaux dans les mauvais traitements à enfants. Aspects cliniques et médico-légaux »; Rey-Salmon et Adamsbaum, *Maltraitance chez l'enfant*.

- Une limitation de l'ouverture buccale
- Une palpation douloureuse de la région prétragienne.

Cette fracture, si elle est articulaire, peut créer une ankylose de l'articulation temporo mandibulaire ayant pour conséquence une diminution ou l'impossibilité d'ouverture buccale et des troubles de croissance de la mandibule. Ces fractures sont très majoritairement traitées par rééducation fonctionnelle ⁴²

Les autres fractures de la mandibule siègent au niveau de la branche montante ou de la branche horizontale et témoignent de traumatismes encore plus violents.

Les signes cliniques sont plus parlants cliniquement : hématome et douleur au niveau du site de la fracture, trismus pour les fractures de la branche montantes et décalage osseux et troubles de l'occlusion si les fractures sont déplacées.

Figure 10 : Fracture de la branche horizontale de la mandibule droite chez une petite fille de 5 ans



Source : Daligand, « Traumatismes orofaciaux dans les mauvais traitements à enfant », 2016

⁴² Rey-Salmon et Adamsbaum, *Maltraitance chez l'enfant*.

Figure 11 : Tuméfaction pré-tragienne discrète associée à une fracture du condyle articulaire



Source : Vasquez, « Plaies et traumatismes de la face de l'enfant », 2016

La fracture du plancher de l'orbite et de son rebord orbitaire inférieur est souvent causée par un choc direct type « coup de poing ». Du fait de l'immaturité et de la fragilité des parois chez l'enfant, ces fractures sont fréquentes.

Les signes évocateurs sont :

- Une hémorragie conjonctivale
- Un antécédent d'épistaxis
- Une diplopie dans le regard vertical (à rechercher chez l'enfant plus grand)
- Une dystopie orbitaire
- Une palpation dite « en marche d'escaliers »⁴³

Cette fracture est très grave car peut avoir comme conséquences fonctionnelles une diplopie définitive et une énoptalmie. Il est donc nécessaire en cas de suspicion de diriger l'enfant vers un service d'urgence ophtalmique.

⁴³ Daligand, Jaby, et Gleizal, « Traumatismes orofaciaux dans les mauvais traitements à enfants. Aspects cliniques et médicologiques ».

Figure 12 : Fracture du plancher de l'orbite avec effondrement du plancher de l'orbite (coupe coronale)



Source : Vasquez, « Plaies et traumatismes de la face de l'enfant », 2016

Les fractures de la face peuvent aussi concerner le nez. Par des mécanismes de torsions répétées les cartilages de la cloison nasale peuvent être lésés.⁴⁴

De plus le zygomatic aussi peut être lésé lors d'un choc violent type « coup de poing ou écrasement par projection sur un plan dur »

Cette fracture est suspectée devant un hématome de la pommette associé à un œdème, une palpation douloureuse de la pommette et une limitation de l'ouverture buccale⁴⁵

Il est très difficile de dater une fracture du crâne, sauf dans le cas où elle est associée à un œdème des parties molles qui signe alors le caractère récent de la fracture. Quand il n'y a pas d'œdème il faut bien éliminer des variantes de la normale (sutures accessoires, os wormien : os inconstant de la calvaria) qui peuvent orienter à tort le diagnostic vers une suspicion de maltraitance.

2.3.3.1 : Lésions des tissus mous :

Chacune des zones de la cavité buccale peut devenir un « cible » des sévices et présenter des séquelles traumatiques, inflammatoires et infectieuses caractéristiques.⁴⁶

Ces zones peuvent être :

- la lèvre supérieure
- le vestibule supérieur

⁴⁴ Nossintchouk et Kouyoumdjian, « Traumatismes orofaciaux et mauvais traitements à enfants ».

⁴⁵ Rey-Salmon et Adamsbaum, *Maltraitance chez l'enfant*.

⁴⁶ Nossintchouk et Kouyoumdjian, « Traumatismes orofaciaux et mauvais traitements à enfants ».

- les faces internes des joues
- les freins labiaux supérieurs et inférieurs
- le vestibule inférieur
- le plancher de la bouche
- le palais et le voile du palais

Dans le cadre de lésions muqueuses traumatiques, la forme de ces lésions dépend le plus souvent de la forme de l'instrument responsable. Des cicatrices rétractiles, des brides ou des déformations peuvent signifier des lésions plus graves, de type nécrose ou perte de substance.

Elles résultent le plus souvent de manœuvres de forçage d'alimentation, ou visant à obliger l'enfant à arrêter de pleurer ou relevant de maltraitance sexuelle (fellation forcée...).

- Manœuvres de forçage entre les arcades dentaires : introduction forcée de cuillère ou fourchette pouvant être responsable de broiement des tissus et dilacération au niveau des lèvres, de la langue, de la face interne des joues et des vestibules, de fractures dentaires angulaires ou arciformes, de dents anormalement absentes. On peut retrouver des déchirures du frein labial supérieur.⁴⁷
- Manœuvres de forçage plus profondes, destinées à précipiter une ingestion à l'aide de cuillères ou fourchettes projetées au fond de la cavité buccale pouvant entraîner une atteinte du voile du palais, de la voûte palatine, de la luette, des commissures intermaxillaires et des piliers amygdaliens. Une insuffisance vélaire peut provoquer des reflux d'aliments par le nez.
- Brûlures volontaires au niveau des joues, palais, langue avec des liquides chauds ou des instruments réchauffés.
- Dans le but de faire taire violemment l'enfant, des lésions perforantes, dilacérantes ou nécrosantes avec des pertes de substance peuvent être retrouvées, causées par des stylos, manche de cuillère, brosse à dent, tournevisetc.

⁴⁷ Rey-Salmon et Adamsbaum, *Maltraitance chez l'enfant*; Daligand, Jaby, et Gleizal, « Traumatismes orofaciaux dans les mauvais traitements à enfants. Aspects cliniques et médico-légaux »; Vazquez et al., « Plaies et traumatismes de la face de l'enfant ».

Figure 13 : Lésion du frein labial supérieur surinfectée chez une petite fille



Source : Nossintchouk, « Traumatismes oraux et mauvais traitements à enfants », 2016

Dans le cadre des maltraitances sexuelles, on peut retrouver des blessures au palais inexplicables à la jonction entre le palais mou et le palais dur. Il faut alors rechercher toute trace d'infections sexuellement transmissibles.

- Présence d'un chancre syphilitique buccal, sous la forme d'une ulcération superficielle, indurée, indolore avec un fond régulier et de couleur rose, de taille comprise entre 5mm et 2cm, le plus souvent retrouvé à la pointe de la langue, au niveau des amygdales, sur le voile du palais ou au niveau des lèvres et des gencives. C'est un signe pathognomonique de la syphilis primaire. Il apparaît trois semaines après l'inoculation et est toujours accompagné d'adénopathies satellites.⁴⁸ Sans traitement, ce chancre évolue vers une syphilis dite érythémateuse caractérisée par des papules arrondies, plates et de couleur rouge vif, de quelques millimètres à 1 cm de diamètre. La syphilis tertiaire est rare mais peut entraîner des lésions buccales telles que la perforation palatine.
- Présence de manifestations buccales du virus de l'immunodéficience humaine, telles que des candidoses, des gingivites ulcéra-nécrotiques, la leucoplasie orale chevelue ou sarcome de Kaposi, des parodontopathies destructives, des surinfections virales tels que l'herpès. Une transmission mère-enfant est possible dans le cadre de ce virus, il est donc nécessaire de réaliser un bon diagnostic différentiel.

⁴⁸ Daligand, Jaby, et Gleizal, « Traumatismes orofaciaux dans les mauvais traitements à enfants. Aspects cliniques et médico-légaux ».

- La présence d'infection au papillomavirus de type 6 et 11 comme des condylomes acuminés, ou des excroissances papillomateuses au niveau des lèvres, du frein lingual ou du dos de la langue, doivent faire suspecter une relation orogénitale forcée.
- Des lésions herpétiques. L'infection due au virus de herpes se traduit généralement par une gingivostomatite. Ce type de lésion signe souvent une infection chez l'enfant jeune entre 2 et 4 ans par HSV-1. Par contre une infection avec des lésions buccales liées à HSV-2 doit alerter le soignant sur la possibilité d'abus sexuel.

2.3.3.2 Traumatologie dentaire et lésions dentaires :

Les chutes et chocs lors de l'enfance sont fréquents et les lésions des structures dentaires parfois banalisées. Ainsi l'observation clinique des structures dentaires est souvent négligée dans le cadre de suspicion de cas de maltraitance.

Ces lésions doivent être analysées et le chirurgien-dentiste doit vérifier la cohérence avec l'histoire racontée.

Les lésions dentaires peuvent concerner les dents temporaires et les dents définitives. Les dents antérieures sont souvent les plus exposées au choc.⁴⁹

Le praticien doit être alerté devant :

- Des dyschromies des dents antérieures, couleur grise, rose, noire jaune des dents
- Des dents fracturées dont l'étiologie de la fracture est inconnue ou non relevée
- Une formule dentaire perturbée avec des dents absentes.
- Une gencive en cours de cicatrisation en regard d'un traumatisme dentaire.
- La présence de multiples caries non traitées.

Il existe différents types de traumatismes dentaires, ils peuvent toucher les tissus parodontaux, muqueux et durs. On retrouve des concussions, subluxations, extrusions, luxations latérales, intrusions, expulsions, fractures dentaires coronaires, corono-radiculaire ou radiculaires.

Le traumatisme le plus fréquent en denture temporaire est la luxation ; en denture permanente ce sont surtout les fractures amélares ou amélo-dentinares.⁵⁰ Il est rare, par exemple, de constater l'expulsion d'une canine en denture temporaire saine à l'âge de deux ans en dehors d'un choc très violent appuyé sur la région canine.⁵¹

⁴⁹ Rey-Salmon et Adamsbaum, *Maltraitance chez l'enfant*.

⁵⁰ Muller-Bolla et Collège des enseignants en odontologie pédiatrique, *Fiches pratiques d'odontologie pédiatrique*.

⁵¹ Rey-Salmon et Adamsbaum, *Maltraitance chez l'enfant*.

De plus, selon l'Académie américaine des pédodontistes, la négligence dentaire est une forme de maltraitance et la définit comme « l'acte délibéré d'un parent ou d'un tuteur, malgré un accès aux soins, de ne pas traiter les caries et infections dentaires créant ainsi chez l'enfant des douleurs buccales ». ⁵²

Ainsi, on peut retrouver les caries précoces du jeune enfant. Ces signes de négligences lourdes sont considérés comme actes de maltraitance notamment si les parents refusent les soins malgré le fait qu'ils aient compris l'importance et la nécessité des soins. ⁵³

Figure 14 : Fracture amélo-dentinaire de la 11

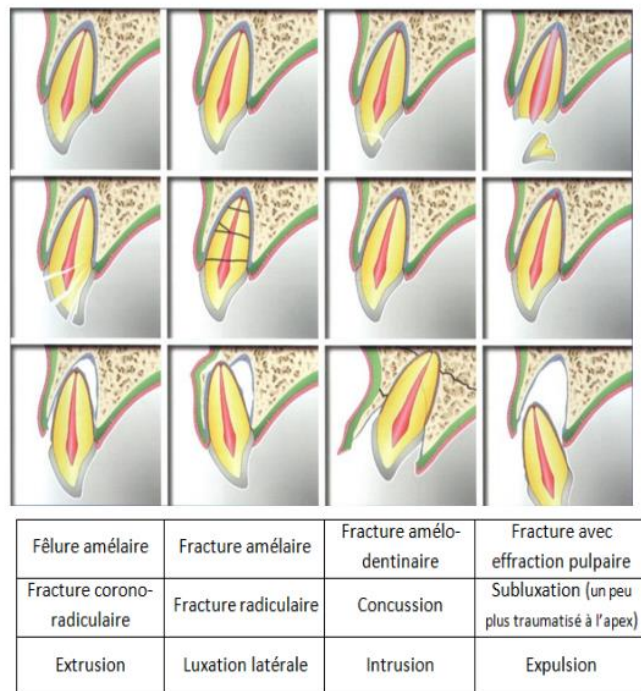


Source : Vautrin, « Traumatismes oro faciaux et mauvais traitements à enfant », 2016

⁵² Fisher-Owens et al., « Oral and dental aspects of child abuse and neglect ».

⁵³ Fisher-Owens et al.

Figure 15 : Schéma des différents traumatismes dentaires



Source : Noirrit et Gurgel, Traumatismes dentaire chez l'enfant et l'adolescent, 2015

2.4 Diagnostics différentiels :

Lésions endobuccales :

- Ulcérations/cicatrices hypertrophiques médianes au niveau du tiers moyen ou postérieur du palais osseux dûes à une succion excessive de la tétine du biberon du nourrisson.
- Plaies latérales du voile du palais lors de chutes de l'enfant avec un objet en bouche (stylo, sucette...)⁵⁴

Alopécies :

- Carence nutritionnelle provoquant un arrêt de la croissance des cheveux
- Dermatose en rapport avec une sclérodermie ou un lupus érythémateux.
- Trichotillomanie : automutilation de l'enfant qui présente des carences affectives.
- Troubles du comportement d'origine psychiatrique : perte de cheveux souvent localisée du côté de la main directrice et bien localisée

⁵⁴ Jousseme, « Maltraitance et sévices à enfant (hors abus sexuels) »; Rey-Salmon et Adamsbaum, *Maltraitance chez l'enfant*.

Ecchymoses :

- Hémophilie
- Maladie de Von Willebrand
- Purpura thrombopénique
- Syndrome d'Ehlers-Danlos
- Leucémies aiguës
- Purpura rhumatoïde
- Syndrome hémorragique aigu du nourrisson (maladie de Fineltin)

Devant ce type de lésions il peut être intéressant d'effectuer un bilan sanguin.

Brûlures :

- Lésions vésiculobulleuses d'origine infectieuse ou allergique
- Epidermolyse bulleuse
- Photodermatoses
- Impétigo
- Herpès

Morsures :

- Eczéma
- Pityriasis rosé

Ces dermatoses peuvent reproduire la forme des morsures sans avoir l'empreinte caractéristique d'une morsure

Lésions cérébrales :

- Lésions secondaires à des traumatismes obstétricaux

Traumatismes thoracoabdominaux

- Accidents

Fractures osseuses :

- Accidents, chutes...
- Accidents obstétricaux
- Ostéogenèse imparfaite
- Tumeur primitive ou secondaire

- Insensibilité à la douleur

Malnutrition, déshydratation :

- Pathologie provoquant un retard de croissance (neurologiques, cardiaques, rénales, digestives)⁵⁵

2.5 Séquelles des mauvais traitements sur enfants :

Les séquelles sont morphologiques, esthétiques, fonctionnelles et psychologiques.

Ces séquelles situées au niveau de la face et de la cavité orale sont facilement repérables par l'environnement et peuvent porter préjudice à l'intégration sociale de l'enfant.

Elles se rajoutent au traumatisme psychologique propre des mauvais traitements subis.

2.5.1 Séquelles de la face :

Une étude cas/témoin « Oral health status in victims of child abuse : a case-control study » a montré que dans le groupe où les enfants avaient eu des antécédents de mauvais traitements, ceux-ci présentaient un moins bon état dentaire général.⁵⁶

Les séquelles peuvent concerner toutes les zones de la face : la région nasale, la région palpébrale et la région labiale. On peut aussi observer des cicatrices, plus visibles à la fin de la croissance qui peuvent être traitées par laser ou chirurgie esthétique.

Les séquelles nasales peuvent concerner la cloison nasale par destruction de la columelle et du septum ou l'ensellure nasale résiduelle.

L'ensellure nasale résiduelle résulte d'un choc direct sur le dorsum et est caractérisée par une arête raccourcie et élargie du nez.

La destruction de la columelle peut entraîner une communication entre les deux cavités nasales.

Les séquelles labiales comportent des cicatrices, des décalages de la ligne cutanéomuqueuse et des pertes partielles ou totales du philtrum, de l'arc de Cupidon ou des commissures labiales.⁵⁷

Dans tous les cas, la prise en charge des séquelles dues à des mauvais traitements doit résulter de concertations issues d'avis pluridisciplinaires en prenant en compte l'état psychologique de l'enfant ainsi que ses besoins et ses attentes.

⁵⁵ Joussetme, « Maltraitance et sévices à enfant (hors abus sexuels) »; Adamsbaum et Rey-Salmon, « Imagerie de la maltraitance chez l'enfant ».

⁵⁶ Costacurta et al., « Oral and dental signs of child abuse and neglect ».

⁵⁷ Rey-Salmon et Adamsbaum, *Maltraitance chez l'enfant*.

2.5.2 Séquelles psychologiques :

Comme précédemment vu dans la définition de l'OMS de la maltraitance ainsi que dans la convention des droits de l'enfant (article 19), on voit bien dans ces textes l'intérêt porté au devenir de l'enfant.

En effet, la maltraitance faite aux enfants expose à des complications psychologiques qui ne sont pas négligeables et qui ont été étudiées. Ces enfants peuvent être touchés dans leur développement psycho-affectif et leur santé psychique sur le long terme.

On peut retrouver des troubles différents selon l'âge, cependant le facteur commun reste une triade dans laquelle on repère des signes de dépression, de stress post-traumatique et des troubles de l'attachement.

Sont aussi régulièrement retrouvés chez les jeunes enfants, des troubles du comportement avec impulsivité et une instabilité motrice, ainsi que des échecs dans les apprentissages scolaires qui viennent souvent alourdir l'évolution et potentialiser les conditions même de la maltraitance.

A l'adolescence, les passages à l'acte auto ou hétéro agressifs ainsi qu'une mésestime profonde de soi sont fréquents et conduisent parfois même au suicide ou à la marginalisation avec des conduites addictives (alcool, drogues...).

A l'âge adulte, les traumatismes de maltraitance vécus dans l'enfance ou à l'adolescence peuvent la encore être visibles dans le cadre d'une dépression chronique avec insécurité interne, mais aussi à travers des difficultés d'insertion dans la vie professionnelle ou sociale.

3 : Rôle du chirurgien-dentiste

3.1. Positionnement du soignant

Face à des traumatismes infligés et non accidentels, le soignant se présente souvent dans une situation inconfortable. En effet, bien qu'étant souvent en première ligne pour prendre la décision d'un signalement, la majorité des informations préoccupantes sont rédigées par des membres du secteur social ou de l'Education Nationale. Seules 4 à 5 % des informations préoccupantes sont adressées par des professionnels de santé.⁵⁸

Il est très difficile pour le soignant d'avoir une position adéquate et à la juste distance. En effet, certaines attitudes sont à proscrire :

- Une attitude de déni :

Professionnel qui « refuse d'y croire ». Le déni contribue à retarder le diagnostic de maltraitance.

- Une attitude de projection :

De manière générale, plus il existe des similitudes en terme d'âges, de classes sociales ou autres entre le soignant et la personne maltraitante, plus celui-ci a du mal à accepter la possibilité de violence, par mécanisme « d'auto-défense ».⁵⁹ D'autant plus si le professionnel soignant est parent.

- Une attitude de surinvestissement :

Elle peut s'expliquer par une valorisation du soignant qui pense « sauver l'enfant » en le sortant de sa situation difficile. Cependant cette attitude peut être très délétère pour l'enfant, qui par les procédures de protection de l'enfance, subira une nouvelle rupture lors de sa séparation avec le professionnel de santé.⁶⁰

- Une attitude d'investigateur :

Le professionnel cherche par des interrogatoires à identifier le responsable de mauvais traitements. Cependant, dans la majorité des cas, le soignant ignore qui est réellement l'auteur de la maltraitance même si celle-ci est avérée. De plus, la maltraitance touche tous les milieux sociaux, et la surmédiation de la maltraitance participe à une image caricaturale du profil type de la personne

⁵⁸ Rey-Salmon et Adamsbaum.

⁵⁹ Vasseur, « Repérer un enfant en danger lors de la consultation aux urgences »; Rey-Salmon et Adamsbaum, *Maltraitance chez l'enfant*.

⁶⁰ Rey-Salmon et Adamsbaum, *Maltraitance chez l'enfant*.

maltraitante ainsi il est plus difficile pour le soignant d'identifier les signes d'appels dans une famille favorisée, d'autant plus compliqué que celle-ci possède parfois plus de facilités à dissimuler des actes malveillants.

Le professionnel de santé ne possède pas les compétences adéquates pour effectuer des interrogatoires. L'enquête appartient exclusivement aux enquêteurs et aux magistrats. Des interrogatoires trop poussés lors de la visite médicale peuvent aboutir à des fausses accusations.

- Une attitude de « jugement » : Elle vise à faire « payer le coupable », regards accusateurs, silence glacial, refus d'informations sur l'état de santé de l'enfant auprès des parents etc.... cette attitude est extrêmement délétère car elle ferme la porte à toutes les tentatives de reconstruction familiale future.

Ces attitudes sont humaines, mais n'aident ni l'enfant, ni la famille.

Le but du soignant est de protéger l'enfant et celui-ci passe par un signalement.

Comme prendre la responsabilité d'un signalement n'est pas facile, il est plus aisé, quand cela reste possible de prendre cette décision après une évaluation multidisciplinaire.⁶¹

3.2 Procédures de signalement

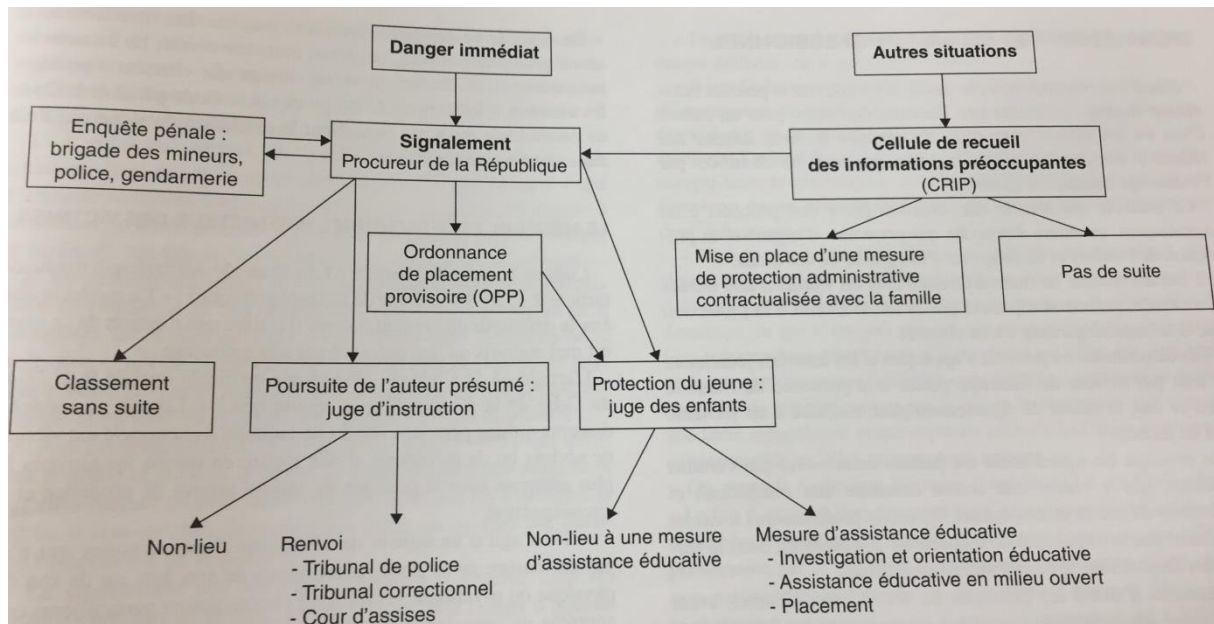
Il existe schématiquement deux situations :⁶²

- Cas d'un danger immédiat, nécessitant la réalisation d'un signalement auprès du procureur de la république
- Toutes les autres situations où la réalisation d'une information préoccupante est nécessaire, sans qu'il y ait de caractère de « danger immédiat ». Cependant, après évaluation par la cellule de recueil des informations préoccupantes, il peut être décidé du caractère urgent d'intervention face à un danger immédiat et recourir au procureur de la république pour isoler l'enfant de l'environnement dangereux.

⁶¹ Vasseur, « Repérer un enfant en danger lors de la consultation aux urgences ».

⁶² Décis et al., *Agir contre la maltraitance*.

Figure 16 : Procédures de signalement



Source : Rey-Salmon et Adamsbaum, *Maltraitance à enfant*, 2013

3.3. Secret professionnel et signalement

Le secret professionnel n'exclut pas la possibilité de recourir à une procédure de signalement, dans le respect des dispositions spécifiquement applicables.

Les modalités de conduite sont énoncées dans les textes de lois et différents codes. L'enfant victime de mauvais traitements est l'objet d'une infraction pénale, prévue et réprimée par la loi. Il a le droit à la protection que la loi entend garantir à tout citoyen.

C'est un devoir de dénoncer de tels agissements selon le code de déontologie des chirurgiens-dentistes :

Code de déontologie des chirurgiens-dentistes, article R. 4127-235 du code de la Santé publique :

« Lorsqu'un chirurgien-dentiste discerne, dans le cadre de son exercice, qu'un mineur paraît être victime de sévices ou de privations, il doit, en faisant preuve de prudence et de circonspection, mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger et le cas échéant, alerter les autorités compétentes s'il s'agit d'un mineur de quinze ans, conformément aux dispositions du Code pénal relatives au secret professionnel ».

Code pénal :

Quand il s'agit d'un mineur de 15 ans, le code pénal oblige, sous certaines conditions, à informer les autorités judiciaires ou administratives.

Article 434-3 du Code pénal :

« Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13 »⁶³

Toutefois sont exemptées de cette disposition les personnes astreintes au secret. Cela signifie qu'il n'y a pas d'obligation pour ces personnes à informer mais qu'elles le peuvent.

L'article 226-14 renforce l'autorisation de révéler pour les personnes tenues au secret professionnel lorsqu'il s'agit d'un mineur. Selon cet article : « l'article 226-13a n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret ».

En outre, il n'est pas applicable :

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

⁶³ Légifrance, Code pénal, 2016.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire ».⁶⁴

En conclusion lorsqu'il s'agit de protéger une personne en danger en l'éloignant de son environnement néfaste la révélation du secret professionnel ne peut donner lieu à aucune poursuite ou sanction.

De plus, la loi de 2007 a apporté la possibilité de pouvoir partager le secret médical entre praticiens lorsque les mineurs sont concernés. Cette loi est inscrite dans le code de l'action sociale et des familles.

Selon l'article L226-2-2, créé par l'article 15 de la loi n°2007-273 reformant la protection de l'enfance : « par exception à l'article 226-13 du Code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L.112-3 ou qui lui apportent leur caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. Le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant. »⁶⁵

Cependant, le partage d'information à caractère secret est une possibilité mais pas une obligation. Il doit respecter quatre conditions afin de pouvoir partager une information à caractère secret sinon la personne peut être poursuivie pour violation du secret professionnel.⁶⁶

Les conditions sont :

- Le partage d'information à caractère secret doit être réalisé uniquement entre personnes participant à la même mission de protection de l'enfance. (service social, service hospitalier, association ...)
- Il doit avoir pour but d'évaluer une situation individuelle et de mettre en œuvre des actions de protection et d'aide.
- Il doit concerner uniquement les informations nécessaires à la mission de protection.
- La personne qui souhaite partager une information doit en informer au préalable les représentants légaux, sauf intérêt contraire de l'enfant.

⁶⁴ Légifrance, Code pénal, 2015.

⁶⁵ Légifrance, Code de l'action sociale et des familles.

⁶⁶ Décis et al., *Agir contre la maltraitance*.

3.4 Rédaction d'une information préoccupante (IP):

Comment rédiger une information préoccupante ou un signalement destiné au procureur de la république ?

Le signalement doit rester aussi neutre et objectif que possible. Les faits doivent être énoncés sans jugement de valeur, de manière précise. Il est nécessaire de rapporter les faits au conditionnel et en utilisant des guillemets pour relater les dires de l'enfant.⁶⁷

Il faut y faire figurer :

- L'identité du signalant (contact, situation professionnelle, service)
- L'identité de l'enfant concerné (nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse domicile, nom de l'école qu'il fréquente, mode de garde de l'enfant)
- L'identité des parents ou titulaire de l'identité parentale (nom, prénom, adresses)
- Les circonstances dans lesquelles le signalant a eu connaissance des faits
- L'énoncé des faits motivant la transmission de l'IP, danger encouru par l'enfant
- L'énoncé des faits précis, date des événements, caractère répétitif ou non, consultations préalables dans un service de santé réalisées ou non ?
- Le certificat médical initial descriptif et les résultats des premiers examens complémentaires si réalisés
- Les explications fournies par les personnes en charge de l'enfant sur les lésions constatées, la compatibilité entre les lésions et les explications données.
- En cas de signalement, la mention relative à la gravité de la situation justifiant le recours direct au parquet
- Les précisions sur le suivi médical engagé
- Une demande d'informations sur les suites données
- La date et la signature manuscrite

3.5 Rédaction d'un certificat médical initial :

La rédaction du certificat médical initial est encadrée par des textes de loi du code de la santé publique et document publié en octobre 2011 par la Haute Autorité de Santé intitulé « Certificat

⁶⁷ Daligand, Jaby, et Gleizal, « Traumatismes orofaciaux dans les mauvais traitements à enfants. Aspects cliniques et médico-légaux »; Rey-Salmon et Adamsbaum, *Maltraitance chez l'enfant*.

médical initial concernant une personne victime de violences ». ⁶⁸

L'exercice du chirurgien-dentiste « comporte normalement l'établissement (), conformément aux constatations qu'il est en mesure de faire dans l'exercice de son art, des certificats, () dont la production est prescrite par la réglementation en vigueur ».

Dans le cadre où le chirurgien-dentiste se trouve confronté à une suspicion de traumatismes infligés et non accidentels, il doit rédiger un certificat médical initial qui fera partie de l'information préoccupante ou du signalement au procureur de la république.

Le certificat médical doit découler de l'examen médical puisqu'il en est la conclusion. Il doit être clair, précis, objectif, complet et factuel. Il s'agit d'un simple constat : seule l'expertise future pourra déterminer les liens de causalité éventuels.

Il peut être accompagné d'iconographies, fortement recommandé.

Sur la forme et le fond, le certificat initial doit comporter :

- Les mentions d'identification du praticien
- Les renseignements sur le patient
- La déclaration de la personne
- La date, l'heure, le lieu des faits
- Les circonstances de rédaction
- L'examen exo buccal
- L'examen endos buccal
- Les examens complémentaires
- Les soins actuels nécessaires
- Les soins futurs nécessaires
- Le suivi clinique et radiologique engagé
- Les réserves émises concernant le devenir
- Si possible, définir le Déficit Fonctionnel Permanent à prévoir (DFP) (en cas de perte de dent(s), de perte de substance dentaire, de nécrose pulpaire ...), ou il décrit simplement les risques d'évolution possibles à prévoir.
- S'il est en mesure de l'évaluer, le chirurgien-dentiste peut noter le nombre d'ITT. C'est-à-dire déterminer l'incapacité totale de travail qui correspond à la durée, exprimée en jours, pendant laquelle une victime de violences est dans l'incapacité de se livrer à tout ou une partie de ses activités usuelles quotidiennes. (se laver, se nourrir etc...). Tous les mineurs peuvent se la voir attribuer. Souvent si les traumatismes sont multiples et comme ils sont tous associés à un traumatisme psychologique, c'est plutôt le médecin qui détermine le nombre d'ITT exact.
- Date et signature manuscrite

⁶⁸ Rey-Salmon et Adamsbaum, *Maltraitance chez l'enfant*; Ordre national des chirurgiens-dentistes, « Signalement des maltraitances ».

Une copie de ce(s) certificat(s) doit être conservée par le chirurgien-dentiste dans le dossier dentaire.
(cf. annexe)

3.6 Suites administratives et judiciaires

A la suite de la transmission des informations préoccupantes, la loi prévoit que les personnes ayant informé les autorités compétentes reçoivent un accusé de réception attestant de la prise en compte des informations délivrées et ensuite soient informées de l'issue du traitement.⁶⁹ Cette obligation est aussi faite au procureur de la République.

3.6.1 Suites administratives :

Face à la transmission d'une information préoccupante, les services départementaux sociaux et médicaux vont organiser dans un premier temps l'évaluation de la situation du mineur ; puis dans un second temps sauf si l'étude est classée sans suite, il découlera de cette évaluation une proposition d'aide adaptée.⁷⁰

L'évaluation de la situation du mineur va consister à :

- Rencontrer la famille : l'enfant concerné et au moins un parent avec pour objectif de donner des renseignements clairs sur le cadre légal de cette intervention et d'informer la famille des éléments suscitant l'inquiétude pour le mineur, les informations parvenues à la CRIP ainsi que les modalités envisagées pour réaliser l'évaluation.
- Approfondir la situation de l'enfant dans un second temps, en entendant la version de l'enfant, des membres de sa famille, des personnes de son entourage ainsi que les professionnels au contact de l'enfant et de sa famille (médecin traitant, instituteur...)

Il résultera de cette évaluation un rapport comportant l'ensemble des informations permettant la compréhension de la situation de l'enfant en vue d'une décision. Un délai maximal de 3 mois est institué pour prendre une décision sur les suites à donner au dossier.

Si l'évaluation réalisée ne révèle aucun danger, ni risque de danger pour l'enfant, elle est alors considérée comme sans objet et un classement sans suite pourra être prononcé.⁷¹

Si au contraire, l'évaluation décèle une fragilité ou un risque pour l'enfant, une proposition d'aide est faite à la famille. Celle-ci peut consister en :

- Un accompagnement social
- Une mesure de protection administrative telle qu'une aide financière
- Une aide éducative à domicile
- Un accompagnement en économie sociale et familiale
- Un accueil de l'enfant en établissement ou chez un assistant familial.

⁶⁹ Décis et al., *Agir contre la maltraitance*.

⁷⁰ Décis et al.

⁷¹ Décis et al.

Les mesures décidées par les autorités administratives doivent avoir le consentement de la famille.
En cas de refus, ou dans des cas de danger immédiat, les autorités judiciaires peuvent être saisies.

3.6.2 Suites judiciaires :

Le procureur de la République s'occupe des procédures judiciaires.

Sa mission est de défendre les intérêts des citoyens et particulièrement des mineurs, il reçoit tous les signalements de maltraitance dans le cadre de danger « immédiat ».

Il peut prendre la décision d'ouvrir une procédure pénale pour poursuivre l'auteur des faits en faisant intervenir la brigade des mineurs, et/ou une procédure civile pour faire cesser le danger, en saisissant le Juge des Enfants.⁷²

Si les faits signalés sont susceptibles de constituer une infraction, le procureur peut faire ouvrir une enquête de police ou de gendarmerie qui sera confiée à la Brigade des Mineurs. Cette brigade est chargée de la répression des infractions à l'encontre des mineurs ainsi que de la prévention et la protection de l'enfance et de l'adolescence et utilise des techniques spécialisées (audition filmée...)

A l'issue de l'enquête pénale, le procureur disposera de trois options :

- Classer sans suite le dossier (pas assez d'éléments de preuves, auteur non identifié)
- Prendre des mesures alternatives aux poursuites (rappel à la loi, mesures d'aide et de réparation, médiation)
- Ordonner des poursuites : au quel cas, l'affaire peut être jugée devant une juridiction de jugement (Tribunal Correctionnel ou Cour d'Assises) lors d'un procès.

Un administrateur ad hoc peut être nommé pour représenter le mineur et défendre ses intérêts quand il y a un conflit d'intérêt, notamment si un des parents est lui-même auteur d'une infraction à l'encontre de son enfant.

Les mineurs peuvent être adressés à des unités d'accueil médico-judiciaires pour permettre une prise en charge plus globale et multidisciplinaires.

Le procureur de la République dispose également de compétences civiles pour protéger un mineur.

Il peut ainsi :

- Procéder à une évaluation de la situation afin d'obtenir un complément d'informations (notamment auprès du système éducatif)
- Saisir le Juge des Enfants
- Ordonner le placement provisoire du mineur en cas d'urgence et de danger immédiat

Le juge des enfants peut décider :⁷³

- D'une mesure d'investigation plus poussée portant sur les conditions de vie et la

⁷² Décis et al.

⁷³ Décis et al.

personnalité des parents et de l'enfant

- D'un maintien de l'enfant dans sa famille avec un accompagnement éducatif
- D'une mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial pour que les prestations familiales soient plus employées pour les besoins de l'enfant.
- Le placement de l'enfant.

3.7 Fiche informative au cabinet :

Dans la salle d'attente	- Signes d'une mauvaise alimentation et d'un mauvais état de santé général, mauvaise hygiène - Enfant replié sur lui-même, craintif ou au contraire très agité et agressif - Accompagnant qui n'est pas son parent
Lors de l'interrogatoire	- Récit incohérent - Consultation tardive - Multiplication des visites
Lors de l'examen exo buccal	- Forme, localisation, multiplicité des lésions, difficulté à dater les lésions - Présence d'ecchymoses sur des zones inhabituelles (joues, oreilles, cou, bras, dos) - Ecchymoses avec une forme évocatrice de l'objet contendant ou tranchant - Plaies, cicatrices multiples, infectées ou négligées de forme particulière et âges différentes - Présence d'alopécies - Brulures - Morsures - Fractures des os de la face (plancher de l'orbite, de la mandibule)
Lors de l'examen endobuccal	- Lésions tissulaires associées à des blessures dentaires - Traces de manœuvres de forçage - Frein labial déchiré - Forme de l'objet sur la muqueuse orale - Manifestations de maltraitance sexuelles, lésions liées à des MST - Incohérence histoire du choc dentaire et le traumatisme dentaire constaté - Dyschromie des dents antérieures - Dents fracturées avec une étiologie inconnue - Formule dentaire perturbée avec dents absentes - Gencive en cours de cicatrisation lors de traumatisme dentaire - Caries précoces du jeune enfant

Conclusion

Trop peu de signalements émanent des professionnels de santé. Il existe particulièrement un manque de formation des chirurgiens- dentistes sur le sujet de la maltraitance infantile.

Le but premier d'un signalement est de protéger l'enfant, et cela fait partie de notre responsabilité de soignant. En cas de doute, il est préférable de se tromper au profit de la sécurité de l'enfant. Lors d'une consultation dentaire, le chirurgien-dentiste peut être proactif. Il est important de repérer des signes cliniques pouvant évoquer des mauvais traitements. En aucun cas, le chirurgien-dentiste doit porter un jugement de valeur mais il doit faire remonter les informations préoccupantes aux autorités compétentes pour que les mesures de protection de l'enfant soient activées.

Bibliographie

Adamsbaum, C., et C. Rey-Salmon. « Imagerie de la maltraitance chez l'enfant ». *Feuilles de radiologie* 56, n° 6 (2016): 341-54.

Brix, M., I. Barthélémy, et Collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, éd. *Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*. 4e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2017.

Costacurta, M., D. Benavoli, G. Arcurdi, et R. Docimo. « Oral and dental signs of child abuse and neglect ». *Oral & implantology* 8, n° 2-3 (2016): 68-73.
<https://doi.org/10.11138/orl/2015.8.2.068>.

Daligand, L., P. Jaby, et A. Gleizal. « Traumatismes orofaciaux dans les mauvais traitements à enfants. Aspects cliniques et médico-légaux ». *EMC Médecine buccale*. [28-994-C-10]. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson, 2016. <http://www.em-premium.com.frodon.univ-paris5.fr/article/1098400/resultatrecherche/1>.

Décis, S., F. Hatem, L. Brunel, O. Leseigneur, et C. Raphaël. *Agir contre la maltraitance*. Paris: Enfance et partage, 2014. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014_guide_juridique_agir_contre_la_maltraitance_leger_1_.pdf.

Fisher-Owens, S., James L. Lukefahr, A. Tate, American academy of pediatrics, section on oral health, Committee on child abuse and neglect, et American academy of pediatric dentistry council on clinical affairs, council on scientific affairs. « Oral and dental aspects of child abuse and neglect ». *Pediatrics* 140, n° 2 (2017): e20171487. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1487>.

Jousselme, C. « Maltraitance et sévices à enfant (hors abus sexuels) ». *EMC Psychiatrie*. 37-204-H-15. Paris : Elsevier Masson, 2010. <http://www.em-premium.com.frodon.univ-paris5.fr/article/237013/>.

Légifrance. Code de l'action sociale et des familles, L226-2-2 Code de l'action sociale et des familles § (2007).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006796908&cidTexte=LEGITEXT000006074069>.

———. Code pénal, 226-14 Code pénal § (2015).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417946&dateTexte=&categorieLien=cid>.

———. Code pénal, 434-3 Code pénal § (2016).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006418604&dateTexte=&categorieLien=cid>.

———. Missions de la protection de l'enfance, Pub. L. No. Loi n° 2007-293 (2007).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000823100>.

Muller-Bolla, M., et Collège des enseignants en odontologie pédiatrique, éd. *Fiches pratiques d'odontologie pédiatrique*. Rueil-Malmaison: Éditions CdP, 2014.

Nossintchouk, R., et C. Kouyoumdjian. « Traumatismes orofaciaux et mauvais traitements à enfants ». *EMC Médecine buccale*. [28-994-C-10]. Paris: Elsevier Masson, 2016. <http://www.em-premium.com.frodon.univ-paris5.fr/article/1098048/resultatrecherche/1>.

Observatoire national de la protection de l'Enfance. « La loi de réforme de la protection de l'enfance ». Onpe, 2018. <https://www.onpe.gouv.fr/loi-reforme-protection-lenfance>.

———. « Les chiffres clés en protection de l'enfance ». Onpe, 2018.
<https://www.onpe.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance>.

Ordre national des chirurgiens-dentistes. « Signalement des maltraitances », 15 avril 2016.
<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/relationspatients/signalement-des-maltraitances.html>.

Rey-Salmon, C., et C. Adamsbaum, éd. *Maltraitance chez l'enfant*. Paris: Médecine Sciences Publications, 2013.

Rodrigues, J. L. S. A., A. P. B. Lima, J. Y. Nagata, L. Rigo, G. O. Cericato, A. Franco, et L. R. Paranhos. « Domestic violence against children detected and managed in the routine of dentistry : a systematic review ». *Journal of forensic and legal medicine* 43 (2016): 34-41. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2016.07.006>.

Uldum, B., H. N. Christensen, R. Welbury, et D. Haubek. « How danish dentists and dental hygienists handle their role in child abuse and neglect matters » 75, n° 5 (2017): 332-37. <https://doi.org/10.1080/00016357.2017.1307448>.

Vasseur, P. « Repérer un enfant en danger lors de la consultation aux urgences ». *Soins pédiatrie puériculture* 38, n° 295 (2017): 37-42.

Vazquez, M.-P., N. Kadlub, V. Soupre, E. Galliani, C. Neiva-Vaz, I. Pavlov, et A. Picard. « Plaies et traumatismes de la face de l'enfant ». *Annales de chirurgie plastique esthétique* 61, n° 5 (2016): 543-59. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2016.07.022>.

Table des figures

Figure 1 : Évolutions des prises en charge des mineurs en protection de l'enfance de 2003 à 2014 au 31 décembre.....	7
Figure 2 : Données annuelles du 119	8
Figure 3 : Nombre d'enfants en danger et maltraités selon les sources d'informations en 2002	9
Figure 4 : Régions à explorer lors de l'examen endobuccal	15
Figure 5 : Scanner montrant une fracture condylienne bilatérale.....	17
Figure 6 : Hématome péri-orbitaire sur l'œil droit d'un garçon de 4 ans	19
Figure 7 : Chondromatose post traumatique bilatérale.....	19
Figure 8 : Plaies à l'état crouteux au niveau du nez d'un garçon de 8 ans	20
Figure 9 : Alopécie traumatique récidivante sur une enfant de 4 ans.	21
Figure 10 : Fracture de la branche horizontale de la mandibule droite chez une petite fille de 5 ans.	23
Figure 11 : Tuméfaction pré-tragienne discrète associée à une fracture du condyle articulaire	24
Figure 12 : Fracture du plancher de l'orbite avec effondrement du plancher de l'orbite (coupe coronale)	25
Figure 13 : Lésion du frein labial supérieur surinfectée chez une petite fille	27
Figure 14 : Fracture amélo-dentinaire de la 11.....	29
Figure 15 : Schéma des différents traumatismes dentaires.....	30
Figure 16 : Procédures de signalement	36

Annexes

MODÈLE DE CERTIFICAT MEDICAL INITIAL (Proposé à titre d'exemple, téléchargeable sur le site de l'ONCD)

ENTETE PRATICIEN

Je soussigné(e), docteur
 chirurgien-dentiste, certifie avoir examiné le à H
 A (lieu de l'examen)
 M. Mme Mlle l'enfant (Nom et prénom)
 Né(e) le (date en toutes lettres)
 (Eventuellement) Accompagné(e) de

Faits rapportés par la personne (commémoratifs)

Cette dernière m'a déclaré que: « Le date) à H (heure)
 Au (lieu),
 ».

Examen clinique

J'ai constaté ce jour :
 - à l'examen exobuccal :
 - à l'examen endobuccal :
 - à l'examen radiographique :
 +/- photographies et radiographies jointes référencées + schéma dentaire actualisé +...

Les signes ressentis par le patient sont :

Etat antérieur (si connu)

L'état initial de la dent était (seulement s'il s'agit d'un patient suivi régulièrement dans le cabinet dont l'état initial était connu) (ou) au (dernière date connue des soins dans le cabinet), l'état était

Traitement

Ce jour, le traitement consiste en (si un traitement a été réalisé ce jour le préciser) :

Evolution

L'évolution possible ou prévisible et les traitements envisagés ou potentiellement prévisibles :

 A noter - Toutes les réserves d'usage doivent être formulées (voir note).

Le coût actuel des traitements est de :

Si chiffrage possible.

La situation actuelle est transitoire et le dossier pourra être ré-ouvert en cas de complications.

Risque de Déficit Fonctionnel Permanent (DFP)

Le cas échéant (voir note).

Incapacité totale de travail (ITT)

Le cas échéant (voir note).

Certificat fait à
 le (date en toute lettre)
 et remis en mains propres à pour faire valoir ce que de droit.

SIGNATURE ET TAMPON DU CHIRURGIEN-DENTISTE

Vu, le Directeur de thèse

Vu, le Doyen de la Faculté de Chirurgie
dentaire de l'Université Paris Descartes

Docteur Hien TRAN

Professeur Louis MAMAN

Vu, le Président de l'Université Paris
Descartes
Professeur Frédéric DARDEL
Pour le Président et par délégation,

Le Doyen Louis MAMAN

Maltraitance infantile : signes cliniques qui doivent alerter l'odontologiste.

Résumé :

La face est une zone fréquemment touchée dans les actes de maltraitance infantile. Toute agression située au niveau de l'extrémité céphalique et du massif facial peut engendrer des lésions neurologiques graves se rajoutant aux traumatismes psychologiques. De par sa consultation spécialisée, le chirurgien-dentiste peut avoir un rôle de dépistage. Cependant, il existe un manque de formation des chirurgiens-dentistes sur le sujet entraînant des lacunes dans le signalement. Durant toutes les étapes d'une consultation dentaire, des signes peuvent orienter vers une suspicion de maltraitance : lors de l'interrogatoire médical (récit incohérent, consultation tardive, multiplication des visites...), de l'examen exobuccal (forme, localisation, multiplicité des lésions, difficulté à les dater) ou de l'examen endobuccal (négligences, lésions tissulaires associées à des traumatismes dentaires, manifestations de maltraitance sexuelle...) Le secret professionnel n'exclut pas la possibilité d'un signalement. Sans émettre un jugement de valeur, la rédaction d'une information préoccupante, avec la rédaction d'un certificat médical initial, ou un signalement au procureur peuvent permettre de protéger l'enfant.

Discipline :

Odontologie pédiatrique

Mots clés fMesh et Rameau :

Enfants -- Violence envers -- Aspect médical -- Thèses et écrits académiques ; Enfants -- Lésions et blessures -- Thèses et écrits académiques ; Déclaration obligatoire -- Dissertations universitaires ; Pédiodontie -- Dissertations universitaires

Université Paris Descartes
Faculté de Chirurgie dentaire
1, rue Maurice Arnoux
92120 Montrouge