



**HAL**  
open science

# La négligence de la santé bucco-dentaire des enfants : un critère de maltraitance infantile ?

Feriel Sehili

## ► To cite this version:

Feriel Sehili. La négligence de la santé bucco-dentaire des enfants : un critère de maltraitance infantile?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-03337923

**HAL Id: dumas-03337923**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03337923>**

Submitted on 8 Sep 2021

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

**UNIVERSITE PARIS DIDEROT - PARIS 7**

**FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**

5, Rue Garancière 75006 PARIS

Année 2019

Thèse N°:

N° attribué par la bibliothèque :

**THESE pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR**

**en CHIRURGIE DENTAIRE**

présentée et soutenue publiquement le

par **SEHILI Ferial**

**LA NEGLIGENCE DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DES ENFANTS :  
UN CRITERE DE MALTRAITANCE INFANTILE ?**

Directeur de thèse : Dr Bich-Tien NGO

Co-directeur de thèse : Pr Muriel DE LA DURE-MOLLA

**J U R Y**

Mme la Professeure Ariane BERDAL	Président
M. le Docteur Christophe AZEVEDO	Assesseur
Mme la Professeure Muriel de la DURE-MOLLA	Assesseur
M. le Docteur Pascal GARREC	Assesseur
Mme la Docteure Sophia HOUARI	Assesseur
Mme la Docteure Nelly PRADELLE	Assesseur
Mme la Docteure Paola SORIA	Assesseur
Mme la Docteure Bich-Tien NGO	Membre Invité

**UNIVERSITE PARIS DIDEROT - PARIS 7**

**FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**

5, Rue Garancière 75006 PARIS

Année 2019

Thèse N°:

N° attribué par la bibliothèque :

**THESE pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR**

**en CHIRURGIE DENTAIRE**

présentée et soutenue publiquement le

par **SEHILI Ferial**

née le 24/01/1992

**LA NEGLIGENCE DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DES ENFANTS :  
UN CRITERE DE MALTRAITANCE INFANTILE ?**

Directeur de thèse : Dr Bich-Tien NGO

Co-directeur de thèse : Pr Muriel DE LA DURE-MOLLA

**J U R Y**

Mme la Professeure Ariane BERDAL	Président
M. le Docteur Christophe AZEVEDO	Assesseur
Mme la Professeure Muriel de la DURE-MOLLA	Assesseur
M. le Docteur Pascal GARREC	Assesseur
Mme la Docteure Sophia HOUARI	Assesseur
Mme la Docteure Nelly PRADELLE	Assesseur
Mme la Docteure Paola SORIA	Assesseur
Mme la Docteure Bich-Tien NGO	Membre Invité

# UNIVERSITE PARIS DIDEROT – PARIS 7

Présidente de l'Université :	Mme la Professeure Christine CLERICI
Doyenne de l'U.F.R. d'Odontologie :	Mme la Professeure Ariane BERDAL
Directrice Générale des Services :	Madame Pascale SAINT-CYR

---

## JURY

Mme la Professeure Ariane BERDAL	Président
M. le Docteur Christophe AZEVEDO	Assesseur
Mme la Professeure Muriel de la DURE-MOLLA	Assesseur
M. le Docteur Pascal GARREC	Assesseur
Mme la Docteure Sophia HOUARI	Assesseur
Mme la Docteure Nelly PRADELLE	Assesseur
Mme la Docteure Paola SORIA	Assesseur
Mme la Docteure Bich-Tien NGO	Membre Invité

**Mme la Professeure Ariane BERDAL**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Diplôme de Doctorat  
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

*C'est un honneur que vous présidiez le jury de cette thèse. Je vous exprime mon sincère respect et ma profonde gratitude.*

**M. le Docteur Christophe AZEVEDO**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Diplôme de Doctorat  
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

*Vous me faites l'honneur de siéger à mon jury de thèse. Je tiens à vous témoigner mes sincères remerciements.*

**Mme la Professeure Muriel de la DURE MOLLA**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Diplôme de Doctorat  
Habilitation à Diriger des Recherches  
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

*Je vous suis très reconnaissante pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger et de co-diriger cette thèse, et vous remercie pour votre enseignement de qualité.*

**M. le Docteur Pascal GARREC**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Diplôme de Doctorat  
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

*C'est un honneur que vous me faites en acceptant de juger cette thèse. Je vous exprime mon plus grand respect.*

**Mme la Docteure Sophia HOUARI**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Maître de Conférences des Universités- Praticien Hospitalier

*Vous me faites le plaisir de participer au jury de cette thèse. Je vous exprime ici mon profond respect et vous remercie pour le partage de votre savoir tout au long de mon parcours universitaire.*

**Mme la Docteure Nelly PRADELLE**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Diplôme de Doctorat  
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

*Je vous suis très reconnaissante pour l'honneur que vous me faites en siégeant au jury de cette thèse.*

**Mme la Docteure Paola SORIA**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Assistante Hospitalo-Universitaire

*Je vous remercie de siéger au jury de cette thèse.*

**Mme la Docteure Bich-Tien NGO**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Assistante Hospitalo-Universitaire

*C'était un honneur de travailler à vos côtés lors de la préparation de cette thèse. Je vous remercie pour votre disponibilité, votre encadrement mais également pour l'ensemble de vos conseils constructifs.*

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
<b>1. LA NEGLIGENCE MEDICALE : UNE FORME DE MALTRAITANCE INFANTILE.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1. DEFINITION ET REGLEMENTATION DE LA MALTRAITANCE INFANTILE .....</b>	<b>5</b>
1.1.1. Définition de la maltraitance infantile .....	5
1.1.2. Réglementation de la maltraitance infantile .....	7
<b>1.2. DEFINITION DE LA NEGLIGENCE INFANTILE .....</b>	<b>10</b>
1.2.1. Définition .....	10
1.2.2. La complexité et les limites de cette définition .....	11
1.2.3. Les différentes formes de négligence .....	12
<b>2. LA NEGLIGENCE DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DES ENFANTS.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1. DEFINITION PAR L'AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY.....</b>	<b>16</b>
<b>2.2. NUANCE DE LA DEFINITION PROPOSEE AU ROYAUME-UNI.....</b>	<b>18</b>
2.2.1. La négligence bucco-dentaire active.....	19
2.2.2. La négligence bucco-dentaire passive.....	19
<b>2.3. DIAGNOSTIC DE LA NEGLIGENCE BUCCO-DENTAIRE ET CONDUITE A TENIR .....</b>	<b>20</b>
2.3.1. Démarche diagnostique.....	20
2.3.2. Rôle du chirurgien-dentiste selon le modèle anglo-saxon .....	22
2.3.3. Cas clinique n°1 .....	25
2.3.4. Cas clinique n°2.....	27
2.3.5. Cas clinique n°3.....	29
<b>2.4. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS DE LA NEGLIGENCE BUCCO-DENTAIRE .....</b>	<b>30</b>
<b>2.5. FACTEURS DE RISQUE DE LA NEGLIGENCE BUCCO-DENTAIRE.....</b>	<b>31</b>
2.5.1. Facteurs qualifiant l'enfant .....	31
2.5.2. Facteurs qualifiant la famille.....	32
<b>2.6. CONSÉQUENCES DE LA NEGLIGENCE BUCCO-DENTAIRE .....</b>	<b>34</b>
2.6.1. Risques sur l'état bucco-dentaire.....	34
2.6.2. Risques sur l'état de santé général .....	36
2.6.3. Risques de mal-être psychologique .....	38
<b>2.7. LE CADRE JURIDIQUE DE LA NEGLIGENCE BUCCO-DENTAIRE .....</b>	<b>39</b>
2.7.1. Aux Etats-Unis .....	39
2.7.2. Au Royaume-Uni.....	40

<b>3. INTREGRER LA NEGLIGENCE BUCCO-DENTAIRE AU SEIN DES CRITERES DE LA MALTRAITANCE INFANTILE EN FRANCE.....</b>	<b>41</b>
<b>3.1. INTERETS D'INTRODUIRE CETTE NOTION EN FRANCE.....</b>	<b>41</b>
3.1.1. Constat : insuffisance des campagnes de prévention bucco-dentaire .....	41
3.1.2. Soigner sans l'obtention du consentement parental .....	43
<b>3.2. INTRODUCTION DE LA NEGLIGENCE BUCCO-DENTAIRE AU SEIN DE LA LEGISLATION FRANCAISE .....</b>	<b>44</b>
<b>3.3. COMMENT SENSIBILISER L'OPINION PUBLIQUE SUR LE SUJET DE LA NEGLIGENCE BUCCO-DENTAIRE ? .....</b>	<b>45</b>
3.3.1. Qui peut transmettre le concept de la négligence bucco-dentaire ? .....	45
3.3.2. A qui transmettre ce concept ?.....	47
3.3.3. Comment transmettre ce concept ?.....	48
3.3.4. Perspectives d'avenir .....	49
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>52</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>53</b>
<b>ANNEXE 1.....</b>	<b>59</b>
<b>ANNEXE 2.....</b>	<b>65</b>
<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS .....</b>	<b>66</b>

## INTRODUCTION

En France, plus de 600 décès d'enfants par an sont imputables à un problème majeur de santé publique : la maltraitance infantile (Benarous et al. 2014). L'une de ces formes est la **négligence**. Elle peut être physique, émotionnelle, éducative ou médicale. Cette dernière forme doit être suspectée si des parents n'ont pas recours aux soins médicaux pour leur enfant alors que son état de santé le nécessite.

Ces situations de maltraitance requièrent une intervention pluridisciplinaire. Le chirurgien-dentiste a un rôle majeur quant à la détection et à la prise en charge qui restent actuellement insuffisantes.

Un grand nombre d'adultes consulte le chirurgien-dentiste uniquement pour un traitement d'urgence et ne poursuit pas leur parcours de soin. Il en est de même pour les enfants qui, étant mineurs, dépendent de leurs parents pour se faire soigner. Le manque de recours aux soins dentaires peut conduire à des douleurs dentaires persistantes, des infections ou d'autres conséquences néfastes sur la santé de l'enfant.

Suite à ce constat, aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, la négligence médicale a été élargie aux soins dentaires. Cette nouvelle notion non caractérisée en France, appelée le *dental neglect* ou la négligence bucco-dentaire, se définit comme étant :

- l'échec délibéré du parent à consulter, à traiter et à assurer un suivi dentaire ;
- l'absence de prise en compte des conséquences d'une mauvaise santé bucco-dentaire sur la santé de l'enfant (douleur, infection) (The American Academy of Pediatric Dentistry's 2017).

Dans ces pays, un protocole ainsi que des directives ont été établis. Ils permettent d'aider les professionnels de santé à diagnostiquer ce type de négligence et à proposer une prise en charge adaptée.

**Notre sujet portera sur l'analyse des connaissances décrivant la négligence bucco-dentaire des enfants.**

Dans un premier temps, nous rappellerons la définition de la maltraitance, les caractéristiques des différentes formes et la réglementation.

Puis, dans un second temps, nous présenterons la notion de négligence bucco-dentaire, ses nuances, ses facteurs de risque et ses conséquences, ainsi que la conduite à tenir face à celle-ci.

Pour finir, nous déterminerons les différents moyens pouvant permettre à la négligence bucco-dentaire d'être reconnue comme un des critères de maltraitance en France. Pour appuyer nos propos, nous avons élaboré une fiche de synthèse à destination des chirurgiens-dentistes. Sa mise à disposition permettra de les informer sur la définition de ce nouveau concept et sur les moyens de prise en charge dans le cadre de la protection de l'enfance.

# **1. LA NEGLIGENCE MEDICALE : UNE FORME DE MALTRAITANCE INFANTILE**

## **1.1. DEFINITION ET REGLEMENTATION DE LA MALTRAITANCE INFANTILE**

### **1.1.1. Définition de la maltraitance infantile**

Les actes de violence sur les enfants existent depuis plusieurs siècles avant Jésus-Christ. Les premiers retrouvés sont ceux du célèbre cas de la cité de Sparte qui éliminait ses enfants fragiles ou handicapés en les jetant dans le ravin. Cependant, ce n'est que dans les années 70 que ces actes commencent à être politiquement reconnus. Ne retenant que l'idée de violence physique, le premier terme utilisé pour les décrire était celui d'enfant battu. Puis, dans les années 80, apparaît le concept plus large d'enfant maltraité (El Hanaoui-Atif 2012). Actuellement, la maltraitance infantile, avérée comme un problème mondial, présente une définition reconnue à l'échelle internationale.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis 2006, la maltraitance infantile désigne « les violences et les négligences envers toute personne de moins de 18 ans. Elle comprend les :

- formes de mauvais traitement physique et/ou affectif,
- sévices sexuels,
- négligences ou traitements négligents,
- exploitations commerciales ou autres,

entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir » (Organisation mondiale de la santé 2006). Cette définition détermine les victimes, les auteurs et les formes de ces violences.

#### **1.1.1.1. Les victimes et les auteurs**

**Les victimes** sont des enfants dont la limite d'âge fixée par la Convention Internationale des Droits de l'Enfant de 1989 est de 18 ans (Organisation des Nations Unies 1989).

L'enfance se compose de deux périodes durant lesquelles l'être humain est particulièrement vulnérable :

- la prime enfance, période de la vie humaine allant de la naissance à l'adolescence, soit de 0 à 10 ans ;
- l'adolescence, période de la vie entre la prime enfance et l'âge adulte pendant laquelle se produit la puberté, soit de 10 à 18 ans (Organisation mondiale de la santé 1999).

A contrario, **les auteurs** des maltraitances infantiles sont des majeurs abusant de leur pouvoir tels que des parents, des adultes détenant l'autorité parentale, des adultes abusant de l'autorité que leur confèrent leurs fonctions, ou tout autre adulte (Organisation des Nations Unies 1989).

#### *1.1.1.2. Les formes de maltraitance*

Quatre formes de maltraitance sont distinguées : les violences physiques, sexuelles, psychologiques et les négligences. Toutes engendrent des conséquences sur le développement physique et psychologique de l'enfant, d'autant plus qu'un même enfant peut être exposé simultanément à plusieurs formes de maltraitance (Sanchez 2001).

Les **violences physiques** sont le premier signe d'appel, car elles peuvent être apparentes sur le corps de l'enfant (plaies, ecchymoses, hématomes, brûlures, fractures). A l'extrême, elles sont susceptibles de mener à la mort de l'enfant. La gravité des lésions physiques ne dépend pas seulement de la violence des actes commis, mais est aussi fortement liée à l'âge de l'enfant. Chez les enfants en bas âge, la quasi-totalité des actes de violence laisse des traces sur le corps tandis que chez les enfants plus âgés, les châtiments corporels peuvent être difficiles à détecter, même s'ils sont administrés depuis longtemps. Selon l'OMS, plus de 25% des adultes déclarent avoir subi des violences physiques dans leur enfance (Organisation mondiale de la santé 2006).

En 2006, l'OMS définit les **violences sexuelles** par « l'implication d'un enfant dans des activités sexuelles qu'il ne peut totalement comprendre, pour lesquelles il est incapable de donner son consentement ou pour lesquelles il n'a pas la maturité mentale suffisante, ou qui sont en violation avec les lois ou les tabous sociaux ». Plusieurs études révèlent qu'une

femme sur cinq et un homme sur treize déclarent avoir subi des violences sexuelles dans leur enfance (Benarous et al. 2014).

Les **violences psychologiques** correspondent à l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique. Elles sont plus compliquées à mettre en évidence mais leurs retentissements sur le développement psycho-affectif de l'enfant sont graves (Stheneur et Mignot 2012). Elles regroupent toutes formes d'humiliation, de chantage affectif, de manifestation de rejet ou de mépris, de dévalorisation systématique, d'exigence éducative excessive ou disproportionnée par rapport à l'âge et aux capacités de l'enfant (Benarous et al. 2014).

La dernière forme de maltraitance est la **négligence**. Celle-ci est l'échec chronique du parent à répondre aux divers besoins de son enfant sur le plan de la santé physique, de l'hygiène, de l'habillement, de l'alimentation, de la sécurité, de la surveillance, de la protection, de la stimulation intellectuelle, de l'éducation ou des émotions mettant en péril son développement normal (Haute Autorité de Santé 2014).

L'émergence de nouvelles formes de vulnérabilité (violences psychologiques et négligences) conduit à de nombreuses interrogations sur l'effectivité et l'efficacité du dispositif juridique français. De plus, la médiatisation de certains contentieux juridiques relatifs aux mauvais traitements et aux violences sexuelles sur enfant déclenche une prise de conscience dans l'opinion publique, qui va aboutir à la réforme de la Protection de l'enfance : la loi du 5 mars 2007 (Chourfi 2010).

### 1.1.2. Règlementation de la maltraitance infantile

Avant la loi du 5 mars 2007, le signalement était la seule procédure pour alerter les services compétents d'une situation de maltraitance. Ce terme juridique est réservé à la transmission au Procureur de la République **de faits graves** (dangers immédiats pour la santé de l'enfant ou violences sexuelles) nécessitant des mesures appropriées dans le seul but de protéger l'enfant (Kahn-Bensaude et Faroudja 2010). L'absence de dispositif juridique relatif à des faits mineurs pouvait entraîner la récurrence de certains parents.

### 1.1.2.1. La loi du 5 mars 2007

La loi du 5 mars 2007 **réforme la protection de l'enfance** en introduisant l'idée d'information préoccupante. Celle-ci est transmise à la Cellule départementale de Recueil de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes (CRIP) afin de les avertir sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement, **pouvant laisser craindre que l'enfant soit en danger** (Code civil 2016).

La CRIP a pour objectifs de :

- clarifier l'entrée dans le dispositif ;
- déterminer les actions de protection dont le mineur et sa famille doivent bénéficier (Chourfi 2010) ;
- d'éviter l'engorgement des parquets qui, en pratique, pouvaient être saisis dès qu'une inquiétude existait pour un enfant (L'Observatoire National de l'Enfance en Danger 2008).

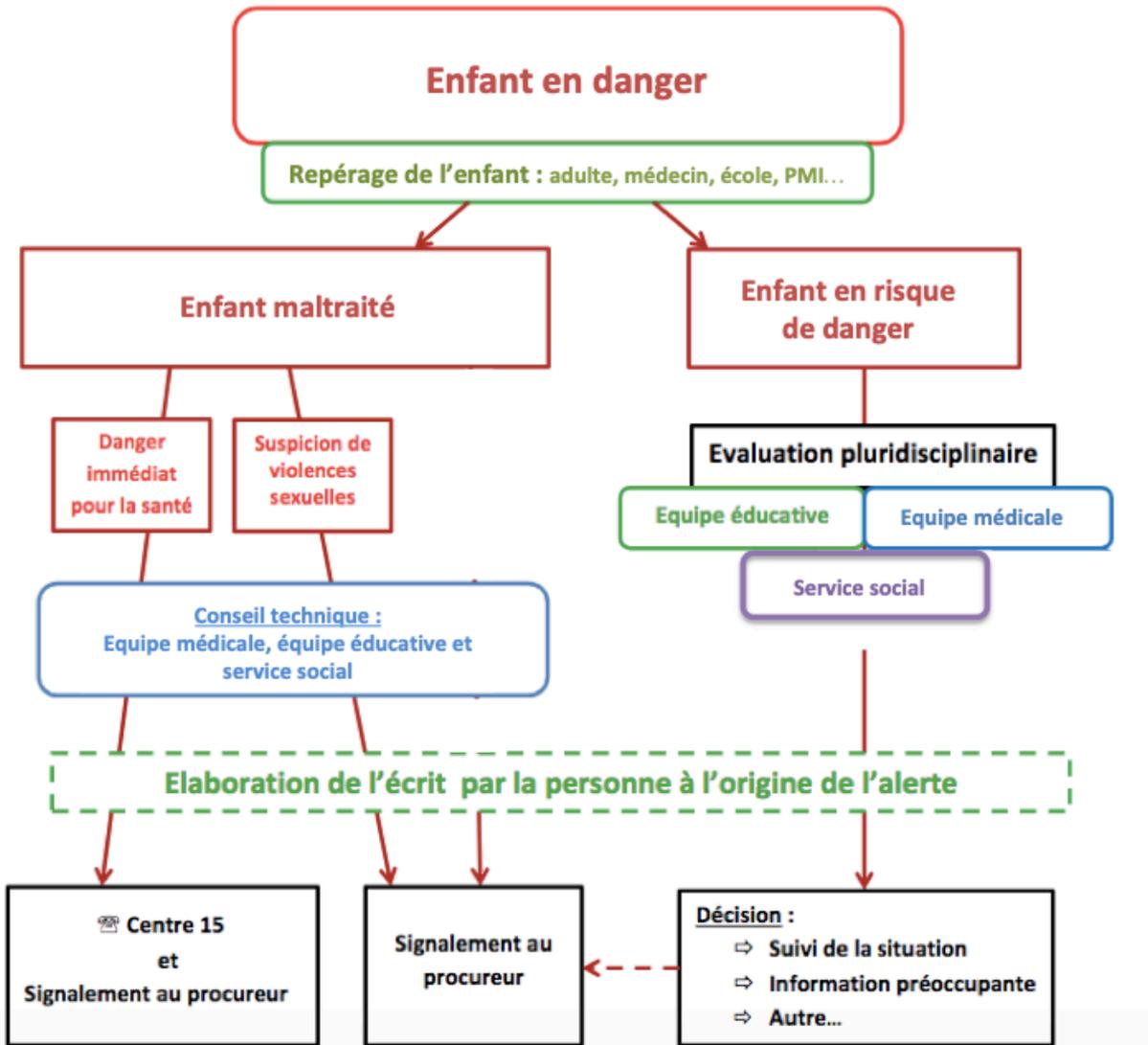
Il s'agit de centraliser le recueil et d'organiser un circuit unique facilement repérable. Pour la mise en fonction de ce circuit (figure 1), une nouvelle terminologie a été adoptée. L'enfant n'est plus uniquement maltraité mais il peut être en danger ou à risque de l'être (Tursz 2013).

**L'enfant maltraité** est un mineur qui est victime de violences physiques, de cruauté mentale, d'abus sexuels et/ou de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique de la part de ses parents, d'adultes ayant autorité sur lui ou d'adultes abusant de l'autorité que leur confèrent leurs fonctions. Dans ces cas, le dommage est causé, il est donc nécessaire de le signaler au Procureur de la République.

**L'enfant en risque** est un mineur qui connaît des conditions d'existence risquant de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation, son développement physique, affectif, intellectuel ou social mais qui n'est pas pour autant maltraité. Dans le cas de l'enfant en risque, le dommage menace mais la commission n'a pas encore eu lieu. Pour répondre aux besoins de l'enfant, les professionnels de santé participent à une réflexion partagée afin de mesurer le risque. Cette évaluation permettra de prendre la meilleure décision pour l'enfant : information préoccupante, aide à la famille, etc. Le signalement pourra intervenir dans un second temps après l'évaluation par le Conseil Départemental.

**L'enfant en danger** est l'ensemble des enfants maltraités et des enfants en risque.

*Figure 1 : Circuit de transmission d'une situation d'enfant en danger ou à risque de danger depuis la loi du 5 mars 2007*



Le remplacement du terme « maltraitance infantile » par « mise en danger des mineurs » altère la cohérence et l'efficacité du système de protection de l'enfance. La maltraitance n'est plus le centre du sujet, elle est réduite à une partie des enfants en danger. A la lecture des définitions citées précédemment, être en danger sous-entend que le danger a eu lieu (maltraitance) ou risque d'avoir lieu (enfant à risque). Or, lorsqu'une personne est « en danger », l'événement n'a pas encore eu lieu (Alföldi 2015). Par conséquent, cette notion comporte des zones d'imprécision et un caractère flou. La loi du 14 mars 2016 permettra de corriger cette incohérence et de rétablir le terme de maltraitance.

### 1.1.2.2. La loi du 14 mars 2016

La loi du 14 mars 2016 concernant **la protection de l'enfant** vient compléter la loi du 5 mars 2007, afin de mieux prendre en compte les besoins de l'enfant et d'améliorer la gouvernance nationale et locale. Elle a rétabli le terme de maltraitance infantile supprimé en 2007 au profit de la notion d'enfant en danger et a l'avantage de présenter une définition internationale reconnue par l'OMS en 2006. Cette loi permet d'aboutir à une terminologie commune entre les professionnels de santé, la justice et tous les intervenants du système de protection de l'enfance : **la maltraitance avérée et la suspicion de maltraitance.**

Le cadre réglementaire de la maltraitance évolue et continuera d'évoluer en fonction des besoins de la société. En effet, la reconnaissance de la négligence infantile comme problème de santé publique est relativement récente bien qu'elle soit la forme de maltraitance la plus fréquente et la plus nocive pour l'enfant (Dubowitz et Poole 2012).

## 1.2. DEFINITION DE LA NEGLIGENCE INFANTILE

Le phénomène des mauvais traitements envers les enfants ne se réduit pas seulement aux violences physiques. Le parent qui maltraite son enfant n'est pas toujours violent envers lui. En France, ces dernières années, l'effectif d'enfants maltraités est stationnaire (de 1,5 à 5%) avec, cependant, une diminution du taux d'abus sexuels et une augmentation des situations de négligence et de violence psychologique signalées (Benarous et al. 2014).

### 1.2.1. Définition

La négligence consiste en l'échec chronique du parent à répondre aux divers besoins de son enfant sur le plan de la santé physique, de l'hygiène, de l'habillement, de l'alimentation, de la sécurité, de la surveillance, de la protection, de la stimulation intellectuelle, de l'éducation ou des émotions mettant en péril son développement normal (Haute Autorité de Santé 2014). La négligence fonctionne comme une tendance qui s'inscrit dans un continuum de soins allant d'un niveau optimal, où tous les besoins de l'enfant sont satisfaits, à un niveau extrêmement préjudiciable, où les besoins de l'enfant ne sont nullement satisfaits (Jeunes en difficulté de Montréal 2012). Elle peut être visible, notamment lorsque l'enfant se présente en classe avec des vêtements inadéquats, mais aussi difficile à détecter comme la négligence émotionnelle.

#### 1.2.1.1. La notion de chronicité

Selon le dictionnaire Larousse 2017, le terme « chronique » permet de qualifier un mal ou un défaut qui persiste ou se répète. **La négligence ne se limite pas à un acte distinct.** Ce sont des actes qui durent depuis des mois, voire des années et qui affectent plusieurs aspects de la vie de l'enfant. Cette chronicité est liée aux difficultés à diagnostiquer une négligence. Ainsi, elle passe souvent inaperçue et s'installe dans le temps. La notion de chronicité est primordiale dans l'évaluation d'une négligence. En effet, plus une négligence infantile perdure, plus les conséquences sur la santé de l'enfant seront délétères (Jeunes en difficulté de Montréal 2012).

Contrairement aux négligences chroniques, les événements perturbateurs de la vie familiale tels qu'un divorce, un décès ou une maladie peuvent entraîner des négligences circonstancielles de l'enfant. Celles-ci peuvent se résoudre avec l'apport d'un soutien à la famille (Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire 2011).

#### 1.2.1.2. La notion d'intentionnalité

La négligence n'implique pas nécessairement le caractère intentionnel des parents. Il est important de distinguer la négligence intentionnelle de la négligence non-intentionnelle. Cette dernière est souvent liée à des perturbations dépressives ou mélancoliques des parents qui entraînent un rejet passif de l'enfant (Gabel et Manciaux 2002). Elle peut aussi résulter de connaissances inadéquates, d'insuffisances financières des parents à dispenser les soins nécessaires à l'enfant, de leur inexpérience ou de l'extrême pauvreté (Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales 2008).

#### 1.2.2. La complexité et les limites de cette définition

Cette définition laisse place à deux interrogations :

- **« Est-il possible de considérer comme maltraitants des parents qui omettent des actes sans pour autant commettre des violences ? »**

Il existe des situations où l'omission aboutit au même résultat que la commission, si bien qu'il serait injuste de ne pas punir ces comportements de la même manière. C'est à partir de ce

constat que les législateurs ont élaboré le concept de **commission par omission**. « On est obligé de faire tout ce qui est en notre pouvoir pour préserver une personne dont on est le garant du danger grave qui la menace [...]. Autrement dit, seule une personne qui a un devoir de garant envers la victime peut commettre une infraction de commission par omission » (Delessert 2000). Les « garants du danger », c'est-à-dire les parents, ont le devoir d'assurer la sécurité de l'enfant. A titre d'exemple, un parent omet de fermer la fenêtre et laisse son enfant sans surveillance, lequel en s'amusant décide de sauter, le parent a donc **commis un accident grave par omission**. A contrario, la commission de l'infraction sans omission aurait été que le parent projette son enfant par la fenêtre.

- « **Est-il possible de considérer une négligence non-intentionnelle comme une forme de maltraitance ?** »

Le manque de moyens financiers et de connaissances des parents, les contextes familiaux fragiles (maladie, toxicomanie) et les coutumes familiales (nomadisme et scolarité des enfants) peuvent conduire à des négligences non-intentionnelles, également appelées passives. Selon la législation française, « la négligence pénale peut être retenue lors d'un comportement actif, mais également, sous certaines conditions, lors de comportements passifs. Il est difficile de délimiter la conscience de l'inconscience dans la négligence tant cette délimitation se réfère au for intérieur et aux pensées intimes de l'auteur » (Delessert 2000). Dans le cas d'une négligence non-intentionnelle, un support d'aide à la famille à travers les services sociaux dans les premiers temps est indispensable. Une réévaluation et un suivi de la situation familiale par l'aide sociale à l'enfance seront réalisés afin d'observer les réponses des parents face aux aides apportées. En cas d'absence de réponse satisfaisante, la négligence sera considérée comme étant intentionnelle et les responsables légaux peuvent encourir jusqu'à 7 ans de prison ainsi que 100 000 euros d'amende (Code pénal 2006a).

### 1.2.3. Les différentes formes de négligence

La négligence peut être observée sous différentes formes : physique, émotionnelle, éducative et médicale. Un enfant peut être soumis à une ou plusieurs de ces formes.

### 1.2.3.1. La négligence physique

La négligence physique est la forme la plus reconnue et la plus simple à décrire, car elle est la plus visible. Elle inclut le manque de réponse des parents face aux besoins physiques de l'enfant ainsi que le manque de protection de l'enfant face à un danger physique (Code pénal 2006).

#### Le manque d'apport face aux besoins physiques de l'enfant :

La **négligence alimentaire** correspond à une carence alimentaire entraînant un retard staturo-pondéral, voire un retard de développement (Benarous et al. 2014). Les diagnostics différentiels sont l'anorexie et la boulimie.

La **négligence vestimentaire** de l'enfant consiste à ne pas lui fournir des vêtements appropriés selon les saisons ou selon sa corpulence et sa taille (Noirhomme-Renard et al. 2018). Cette négligence est visible en comparant la tenue des parents et celle de l'enfant.

La **négligence hygiénique constante** entrave la santé, l'estime de soi et la socialisation de l'enfant (Noirhomme-Renard et al. 2018). Le manque d'hygiène peut provoquer des moqueries en milieu scolaire qui, par conséquent, aboutiront à un manque de confiance en soi. L'enfant, insatisfait de l'image qu'il renvoie, aura du mal à se construire au sein de la société. Par ailleurs, un manque d'hygiène favorise le développement d'infections et de maladies contagieuses entravant la santé de l'enfant (Lévy 1869).

#### Le manque de sécurité pour l'enfant :

Pour qu'un enfant puisse se construire, il doit être élevé dans un environnement favorable à son développement. Son habitation est le lieu dans lequel il passera le plus de temps. En cas d'ameublement de base inadéquat (matelas au sol, fils électriques exposés, etc.), de surpeuplement ou d'absence de logement, il aura des difficultés à grandir correctement (Gaudin et James 1993).

La **salubrité** d'un logement correspond aussi à une forme de négligence. En effet, un entretien ménager minimum est nécessaire pour protéger les enfants contre les accidents domestiques et les maladies (asthme, saturnisme, etc.) (Garret-Gloanec et al. 2013).

Le manque de sécurité peut aussi être lié au **manque de vigilance** des parents à l'égard de leur enfant sur les dangers éventuels relatifs aux accidents domestiques. Contrairement à toutes les autres formes de négligence, celle-ci ne peut être causée par un manque de moyens financiers de la famille (Nathanson 2014).

#### La négligence physique lors de la grossesse :

Une négligence peut avoir lieu avant la naissance de l'enfant. L'abus de drogues telles que le tabac, l'alcool, le cannabis, les médicaments et les comportements dangereux durant la grossesse mettent en danger le développement de celui-ci. En France, environ 28% des femmes fument pendant leur grossesse (Ducret 2008). Ce type de négligence est rarement non-intentionnelle. En effet, excepté les cas de déni de grossesse (femme n'ayant pas conscience de sa propre grossesse), la femme enceinte a connaissance des conséquences délétères de sa conduite dangereuse sur la santé de l'enfant à venir. Le médecin a donc un rôle primordial aussi bien dans **la prévention, la découverte et la réduction** de ce type de négligence (Bongain et al. 2000).

#### *1.2.3.2. La négligence émotionnelle et éducative*

Dès 1958, John Bowlby décrit la théorie de l'attachement fondée sur une relation confiante avec la figure d'attachement. Le parent représente un support à partir duquel le bébé peut explorer le monde : c'est la notion de **base de sécurité**. Elle fonctionne comme un ancrage qui lui permet d'activer son système d'exploration et ainsi de se développer (Tereno et al. 2007). Cependant, les scientifiques s'étant peu intéressés aux composantes émotionnelles, la notion de **négligence émotionnelle** n'est apparue que récemment. Celle-ci correspond au manque d'attention, de sécurité, d'estime de soi et d'affection (Jeunes en difficulté de Montréal 2012). Parmi toutes les formes de négligence, elle est la plus compliquée à repérer et à décrire. Effectivement, il n'est pas simple de déterminer la quantité et la forme d'attention dont nécessite un enfant tout en sachant qu'un excès d'attention ou d'affection peut aussi entraîner des troubles du développement et du comportement. Aucune définition internationale de la négligence émotionnelle n'existe car elle dépend principalement de la culture et de la communauté dans laquelle vit l'enfant (Myers et Children 2002).

Concernant l'éducation, la **négligence éducationnelle** est l'omission de fournir les stimuli appropriés au développement de l'enfant tels que les activités sociales ou le support à la fréquentation scolaire. En France, selon le Code de l'Éducation, l'instruction de tous les enfants âgés de 6 à 16 ans (Français ou étrangers résidant en France) est obligatoire (Code de l'éducation 2000). Selon la législation, la scolarisation est un devoir parental. L'instruction étant un facteur essentiel au bon développement de l'enfant, la déscolarisation est considérée comme une forme de négligence (Fajnwaks 2007). Il est donc recommandé aux personnels médicaux y compris aux chirurgiens-dentistes de questionner l'enfant sur son niveau scolaire et ses compétences afin de détecter un retard scolaire ou une éventuelle déscolarisation et de le signaler aux autorités compétentes (Haute Autorité de Santé 2014).

#### 1.2.3.3. *La négligence médicale*

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande de suspecter une négligence médicale « si les parents n'ont pas recours aux soins médicaux pour leur enfant alors que **son état de santé requiert des soins y compris pour une douleur persistante** ». Selon cette définition, si une douleur persiste suite à une première consultation médicale, le parent doit de nouveau présenter l'enfant auprès des services médicaux.

Selon la HAS, « le National Institute for Health and Care Excellence (équivalent de la HAS au Royaume-Uni) recommande d'envisager une négligence si le responsable légal ne parvient pas à :

- administrer un traitement essentiel prescrit à leur enfant ;
- emmener l'enfant en consultation pour les examens de santé obligatoires (visites de suivi, vaccinations, etc.) ;
- obtenir un traitement par National Health Service (soit le système de santé anglais) pour **les caries dentaires** de leur enfant » (Haute Autorité de Santé 2014).

**Selon la HAS, les lésions carieuses ne constituent pas en elles-mêmes une forme de négligence. Cependant, l'absence de prise en charge est reconnue comme étant une négligence médicale.** En effet, face à de telles lésions, il est important que les parents veillent à obtenir des soins adaptés. Ils ont également le devoir de maintenir les résultats obtenus après le traitement pour éviter des récurrences.

**Ainsi, ce n'est pas la pathologie mais l'attitude des parents face à celle-ci qui permettra de mettre en évidence un contexte de négligence médicale.**

Pour conclure, la HAS ne donne pas de définition officielle de la négligence bucco-dentaire des enfants. Cependant, l'ensemble des lésions de la cavité orale, d'origine carieuse ou non, peut nuire à la santé de l'enfant (douleurs persistantes, infections aiguës sévères, conséquences inesthétiques, polymédication). Leur prise en charge est donc primordiale. Au Royaume-Uni et aux Etats-Unis, le concept du *dental neglect*, **engageant la responsabilité du parent en tant qu'acteur de la santé bucco-dentaire** de ses enfants, a été défini de manière plus complète qu'en France.

## **2. LA NEGLIGENCE DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DES ENFANTS**

La pathologie carieuse est la maladie chronique la plus répandue chez l'enfant constituant ainsi un véritable problème de santé publique (Khadra-Eid et al. 2012). Pourtant, une alimentation équilibrée et une hygiène bucco-dentaire correcte permettent d'éviter cette pathologie. Un échec persistant à appliquer ces conseils conduit à des négligences bucco-dentaires chez l'enfant. Afin de les identifier, les chirurgiens-dentistes doivent travailler en collaboration avec les professionnels de santé (pédiatre, médecin traitant, médecin scolaire, infirmière scolaire) et les services sociaux, l'objectif étant d'intervenir pour protéger la santé des enfants (Harris et Whittington 2016).

### **2.1. DEFINITION PAR L'AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY**

Lors de son exercice, un chirurgien-dentiste peut être confronté à des négligences bucco-dentaires, appelées également *dental neglect*. Dans certains pays, elle est reconnue comme étant une catégorie de la maltraitance et de la négligence des enfants (Loochtan et al. 1986). Une définition commune a été adoptée en 1983 puis révisée en 2017 (The American Academy of Pediatric Dentistry's 2017). La négligence bucco-dentaire se définit comme :

- **l'échec délibéré du parent à consulter, à traiter et à assurer un suivi dentaire ;**
- **l'absence de prise en compte des conséquences d'une mauvaise santé bucco-dentaire sur la santé de l'enfant (douleur, infection).**

*Tableau 1 : Situations de négligence bucco-dentaire et vignettes cliniques (The American Academy of Pediatric Dentistry's 2017)*

SITUATIONS	DESCRIPTION	EXEMPLES DE CAS CLINIQUES
<b>Echec délibéré du parent à présenter son enfant en consultation</b>	Les lésions carieuses, les maladies parodontales, les traumatismes dentaires et d'autres affections orales (par exemple, la candidose) peuvent entraîner des douleurs, des infections et une perte de fonction si elles ne sont pas traitées. Ne pas présenter son enfant en consultation est donc une forme de négligence bucco-dentaire.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeune de 12 ans accompagné de ses parents</li> <li>• Interrogatoire : notion de traumatisme dentaire non traité il y a 2 ans</li> <li>• Examen clinique : fracture de la 11 et 21 et hygiène bucco-dentaire irréprochable</li> </ul> <p>→ Présentation tardive en consultation</p>
<b>Echec délibéré du parent à autoriser les soins</b>	Lors de la première consultation, le chirurgien-dentiste établit un diagnostic et propose un plan de traitement aux parents. Un refus des soins nécessaires à la santé et au bien-être de l'enfant est considéré comme étant une négligence bucco-dentaire.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfant de 6 ans accompagné de ses parents</li> <li>• Examen clinique : polycaries avec atteintes multiples sévères</li> <li>• Plan de traitement : extractions multiples</li> </ul> <p>→ Refus des soins par les parents</p>
<b>Echec délibéré du parent à assurer un suivi dentaire pour son enfant</b>	Les soins d'urgence ne permettant pas de réinstaurer une santé bucco-dentaire optimale, un manque d'implication des parents dans le suivi peut conduire à de nombreux troubles. La répétition de rendez-vous manqués doit être considérée comme un acte de négligence.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfant de 4 ans accompagné de ses parents</li> <li>• Examen clinique : abcès non fistulisé sur la 65</li> <li>• Traitement d'urgence : ouverture de la chambre pulpaire et prescription médicale</li> <li>• Planification des rendez-vous</li> </ul> <p>→ Non présentation de l'enfant en consultation</p>
<b>Absence de prise en compte des conséquences d'une mauvaise santé bucco-dentaire sur la santé de l'enfant</b>	La majorité des pathologies bucco-dentaires sont évitables si elles sont prises en charge à temps. Les parents doivent être à l'écoute des inconforts ou douleurs ressentis par l'enfant. L'absence de prise en compte de ces signes retarde la prise en charge et aggrave la situation. La douleur chronique d'un enfant perdurant depuis plusieurs semaines, voire plusieurs mois, doit être un signal d'alerte.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfant de 5 ans hospitalisé au service maxillo-facial</li> <li>• Interrogatoire : douleur dentaire depuis 1mois</li> <li>• Examen clinique : cellulite cervico-faciale</li> </ul> <p>→ Absence de prise en compte de la souffrance de l'enfant</p>

## 2.2. NUANCE DE LA DEFINITION PROPOSEE AU ROYAUME-UNI

Aux Etats-Unis, l'American Academy of Pediatric Dentistry's caractérise la négligence bucco-dentaire comme étant **un échec délibéré** du parent à consulter, à traiter ou à assurer un suivi dentaire.

La définition de la négligence bucco-dentaire par le Royaume-Uni est plus inclusive. En effet, la British Society of Pediatric Dentistry la définit comme l'incapacité **persistante** à répondre aux besoins de santé bucco-dentaire de base de l'enfant, susceptible d'entraîner une déficience grave (Harris et al. 2009). L'utilisation des termes « incapacité persistante » plutôt que « échec délibéré » rend cette définition plus ouverte (Park et Welbury 2016). La négligence bucco-dentaire au Royaume-Uni peut donc être intentionnelle ou non, tandis qu'aux Etats-Unis, elle est uniquement délibérée et intentionnelle.

Partant de ce constat, une interrogation se pose sur la notion d'intentionnalité : sans les ressources intellectuelles ou financières nécessaires à la prise en charge des problèmes bucco-dentaires de leurs enfants, les parents peuvent-ils être considérés comme négligents ?

Aux États-Unis, la négligence bucco-dentaire doit être distinguée des circonstances de pauvreté ou du manque de savoir. Elle ne peut se produire que dans les cas où des ressources financières et intellectuelles raisonnables sont disponibles pour la famille (Stevens 2014).

A contrario, le Royaume-Uni différencie deux types de négligence bucco-dentaire :

- le « wilful neglect » ou négligence active et délibérée ;
- le « general neglect » ou négligence passive.

**La distinction des deux types de négligence aide à déterminer la réponse la plus appropriée pour l'enfant et son entourage.**

Cette différence entre le Royaume-Uni et les Etats-Unis s'explique par la connotation du terme maltraitance (Kumar et al. 2015). Dans les pays européens dont la France, diagnostiquer et signaler les situations de maltraitance consistent à apporter des aides à la famille. L'objectif principal est de maintenir l'enfant au sein de sa structure familiale tout en lui assurant un développement sain (El Hanaoui-Atif 2012). Tandis qu'aux Etats-Unis, le terme maltraitance a une signification plus péjorative. Le signalement est considéré comme étant une incrimination des parents et peut être déclenché uniquement si les ressources intellectuelles et financières sont insuffisantes (Park et Welbury 2016).

### 2.2.1. La négligence bucco-dentaire active

Elle correspond à l'échec **délibéré** du responsable légal à répondre aux besoins de l'enfant en terme de santé bucco-dentaire. Conscient des pathologies buccales de son enfant, il ne consulte pas un chirurgien-dentiste, ne met pas en place les soins nécessaires ou alors, ne s'y présente qu'en cas d'urgence (douleur intense ou persistante, manque de sommeil de l'enfant ou dénutrition).

### 2.2.2. La négligence bucco-dentaire passive

Reconnue uniquement au Royaume-Uni, la négligence bucco-dentaire passive n'est pas intentionnelle (Kumar et al. 2015). L'absence de recherche ou d'obtention des soins dentaires appropriés peut résulter (Joyce 2013) :

- d'un manque de connaissance ou de compréhension des parents concernant la santé bucco-dentaire et des mesures d'hygiène nécessaires ;
- de facteurs tels que l'isolement familial, le manque de moyens financiers ou d'une situation familiale complexe. Parfois, ces situations n'autorisent pas l'enfant à avoir une alimentation correcte, à réaliser son brossage des dents biquotidien (absence de lavabo, de dentifrice, etc.), ou à obtenir des consultations dentaires annuelles.

Contrairement aux situations de négligence bucco-dentaire active, les parents sont bienveillants et souhaitent une bonne santé pour leur enfant. Cette forme de négligence résulte également d'un échec de l'État. En effet, ces situations peuvent exister si le gouvernement n'apporte pas aux familles les plus vulnérables les aides nécessaires. Il est donc essentiel d'améliorer les politiques de solidarité et de la santé afin de contribuer aux solutions envisageables dans les nouvelles réformes telles que l'optimisation de l'accès aux soins, du système de prévention et de l'accompagnement des familles (Kumar et al. 2015).

La suite de cette thèse s'appuiera essentiellement sur la définition anglo-saxonne qui semble la plus adaptée au système français de protection de l'enfance.

## 2.3. DIAGNOSTIC DE LA NEGLIGENCE BUCCO-DENTAIRE ET CONDUITE A TENIR

La British Society Dentistry Pediatric a déclaré : « lorsqu'un diagnostic de négligence bucco-dentaire est soupçonné, une évaluation approfondie doit être réalisée. Le diagnostic ne repose pas uniquement sur la découverte clinique, plusieurs autres facteurs dentaires et non dentaires doivent être pris en compte » (Franklin C. et al. 2006).

### 2.3.1. Démarche diagnostique

Les médecins, les infirmières et les parents auscultent rarement la bouche des enfants, c'est pourquoi, le chirurgien-dentiste a un rôle primordial dans l'investigation, l'identification et la prévention de la négligence bucco-dentaire (Harris et Whittington 2016).

Une **anamnèse** complète doit être réalisée et inclure (Harris et al. 2009; Park et Welbury 2016) :

- le motif de la plainte présente ;
- l'historique dentaire ;
- les antécédents médicaux ;
- les troubles d'apprentissage, de comportement ou de communication ;
- l'anxiété de l'enfant chez le chirurgien-dentiste.

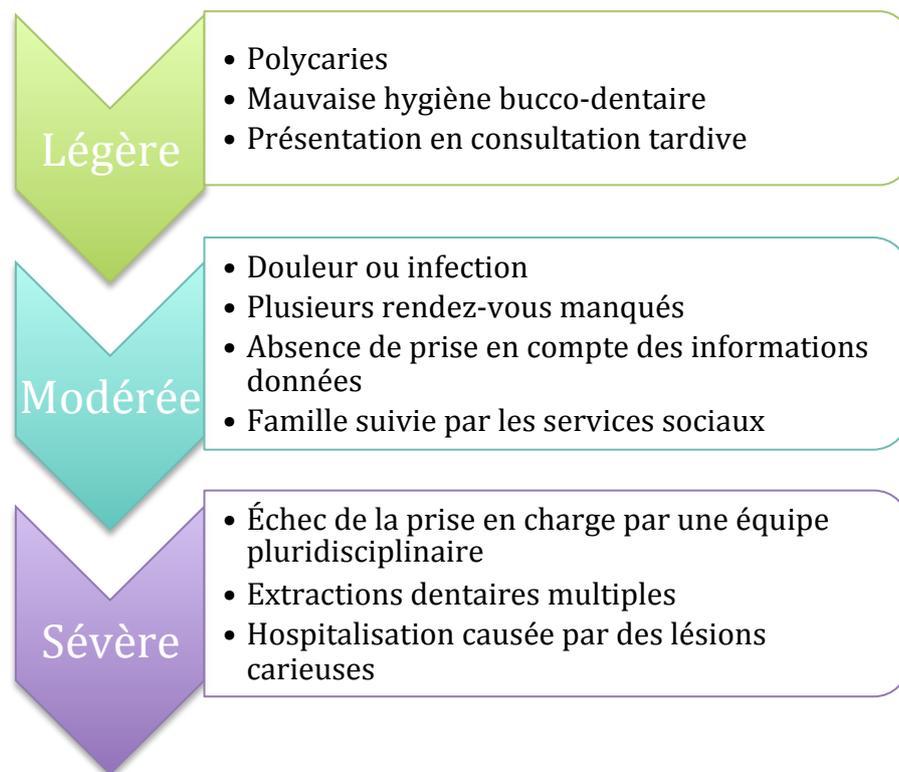
**Les signes caractéristiques d'une négligence bucco-dentaire sont** (Joyce 2013):

- la consultation tardive ;
- des douleurs persistantes et non traitées ;
- des échecs à finir les soins ;
- des consultations répétées en urgence afin de soulager uniquement la douleur ;
- des rendez-vous manqués ou une présence irrégulière aux rendez-vous ;
- des circonstances familiales et sociales compliquées, y compris l'intervention des services sociaux via notamment un éducateur ;
- d'éventuelles difficultés d'accès aux soins dentaires ;
- des antécédents dans la fratrie ;
- le manque d'intérêt pour l'éducation en matière d'hygiène buccale ;
- le manque de connaissances des parents en matière de santé bucco-dentaire.

Lors de l'interrogatoire, si l'âge de l'enfant le permet, le praticien peut échanger seul avec l'enfant afin de le responsabiliser mais également pour **détecter les incohérences** avec le discours des parents. Ces signes d'alerte doivent être retranscrits par les termes de l'enfant en respectant le vocabulaire utilisé par celui-ci (Joyce 2013). L'objectif est de promouvoir une relation de confiance, de discuter de sujets neutres et de ses centres d'intérêt (école, sport et loisirs) afin qu'il se sente détendu et qu'il se dévoile plus facilement (Nuzzolese et al. 2009).

Bien que les recherches cliniques permettent de mieux comprendre l'étiologie et la pathogenèse, il s'avère difficile d'établir des critères de diagnostic clairs pour la négligence bucco-dentaire. Il existe, cependant, un consensus sur les signes cliniques préoccupants, permettant d'évaluer le niveau de préoccupation et de mettre en place les moyens thérapeutiques adaptés (figure 2).

*Figure 2 : Echelle de gravité de la négligence bucco-dentaire  
(Harris et al. 2009, 2009; Joyce 2013; Ramazani 2014)*



En cas de suspicion d'une situation de négligence bucco-dentaire, le chirurgien-dentiste peut s'aider de cette classification pour confirmer son diagnostic, évaluer son degré et mettre en place une prise en charge adaptée. Cette échelle de gravité permet d'expliquer qu'une négligence bucco-dentaire sévère ou modérée peut également présenter les signes d'une négligence légère. Dans la catégorie légère, l'association des trois signes cliniques cités est indispensable, tandis que dans les catégories modérées ou sévères, un seul signe permet de confirmer le degré de gravité. Ce support sera utilisé pour l'ensemble des cas cliniques de ce travail.

### 2.3.2. Rôle du chirurgien-dentiste selon le modèle anglo-saxon

D'après le General Dental Council (équivalent du Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes en France), les membres d'une équipe dentaire ont l'**obligation éthique** de se renseigner sur les procédures concernant la protection de l'enfance (Joyce 2013). Le chirurgien-dentiste, quant à lui, est en première ligne pour reconnaître la négligence bucco-dentaire (Park et Welbury 2016). Face à celle-ci, il a le devoir d'agir en conséquence en fonction du degré de préoccupation.

Son rôle se divise en trois étapes d'intervention (Harris et al. 2009) :

1. Gestion préventive par l'équipe dentaire pour les négligences bucco-dentaires légères ou non-intentionnelles ;
2. Gestion préventive multi-agences pour les négligences bucco-dentaires modérées ;
3. Référence à la protection de l'enfance pour les négligences bucco-dentaires sévères.

**Face à un faible niveau de préoccupation ou à une négligence non-intentionnelle**, il faudra opter pour une **approche éducative préventive** qui implique de :

- discuter des préoccupations avec les parents ;
- enseigner aux parents et à l'enfant les notions d'hygiène orale et alimentaire ;
- proposer un soutien pour répondre aux besoins de l'enfant en matière de santé bucco-dentaire ;
- fixer des objectifs réalisables (brossage biquotidien, réduction des sucreries, etc.) ;
- tenir un calendrier de suivi et évaluer les progrès.

Le chirurgien-dentiste doit informer le parent de la nature et de l'étendue de l'état de santé bucco-dentaire de leur enfant, des traitements et du nombre de séances nécessaires. Il doit s'assurer qu'il comprend la maladie, ses conséquences et ses éventuelles complications. En effet, il incombe aux parents de s'engager directement dans les pratiques quotidiennes d'alimentation et d'hygiène buccale de leur enfant (Park et Welbury 2016). Pour obtenir des résultats positifs, ils doivent également être impliqués dans les soins dentaires.

Afin d'éviter les problèmes d'assiduité, la planification des traitements dentaires doit être réaliste, réalisable et négociée avec la famille (Nuzzolese et al. 2009). Lorsque des obstacles aux soins existent (problèmes financiers ou absence de moyen de transport), le chirurgien-dentiste doit aider les familles à trouver une aide ou les orienter vers des services publics compétents (Nuzzolese et al. 2009). En cas d'échec, le chirurgien-dentiste doit passer au deuxième niveau d'intervention.

**Dans le cas d'une préoccupation modérée**, en plus d'une approche éducative, le chirurgien-dentiste traite l'urgence afin d'apaiser la douleur de l'enfant. Dans ces circonstances, une approche pluridisciplinaire est indispensable (Stevens 2014). **La gestion préventive multi-agence** réunit l'action du chirurgien-dentiste et des autres professionnels, tels que le médecin de santé scolaire, l'infirmière scolaire, le médecin généraliste ou le travailleur social (Joyce 2013). L'objectif est de vérifier si les préoccupations sont partagées et de mettre en place un plan d'action commun réévalué à une date spécifiée. En cas de résultat jugé inconvenable par le groupe multi-agence, l'étape suivante est à envisager.

**Le niveau de préoccupation sévère** correspond à une inaction des parents malgré plusieurs alertes ou à la négligence bucco-dentaire sévère (lésions carieuses nécessitant des extractions multiples). **Le signalement à la protection** de l'enfance est la dernière étape du processus. Il est indiqué après avoir obtenu ou non le consentement des parents (Nuzzolese et al. 2009). La crainte envers l'enfant est qu'il subisse un préjudice important. Une fois que le signalement a été fait par téléphone, il doit être suivi d'un écrit dans les 48 heures. Les services sociaux doivent accuser réception de ce dernier, décider d'un plan d'action et en informer le titulaire du signalement. Le praticien a l'obligation de garder le dossier clinique complet car il pourra lui être demandé à tout moment (Nuzzolese et al. 2009; Joyce 2013).

Bien que le signalement d'une négligence bucco-dentaire sévère soit obligatoire, peu de praticiens alertent les autorités compétentes en raison de leurs doutes sur le diagnostic. Cependant, répondre à cette obligation peut éviter à l'enfant de subir des situations de négligence plus générales (physique, affectif, etc.) (Baptista et al. 2017). Le renvoi à la protection de l'enfance ne doit pas être retardé lorsqu'il existe des signes évidents de négligence générale. Toutefois, lorsque le niveau de préoccupation est inférieur, la réponse à plusieurs niveaux décrite ci-dessus est appropriée (Nuzzolese et al. 2009).

Les trois cas cliniques suivants permettront d'illustrer les différents niveaux d'intervention du chirurgien-dentiste face à une négligence bucco-dentaire. Chaque vignette clinique sera composée de :

- une description clinique ;
- une illustration ;
- un résumé de la situation ;
- la conduite à tenir du chirurgien-dentiste.

### 2.3.3. Cas clinique n°1



*Figure 3 : Syndrome polycarieux et mauvaise hygiène bucco-dentaire*

Un enfant de 9 ans se présente pour la première fois chez un chirurgien-dentiste.

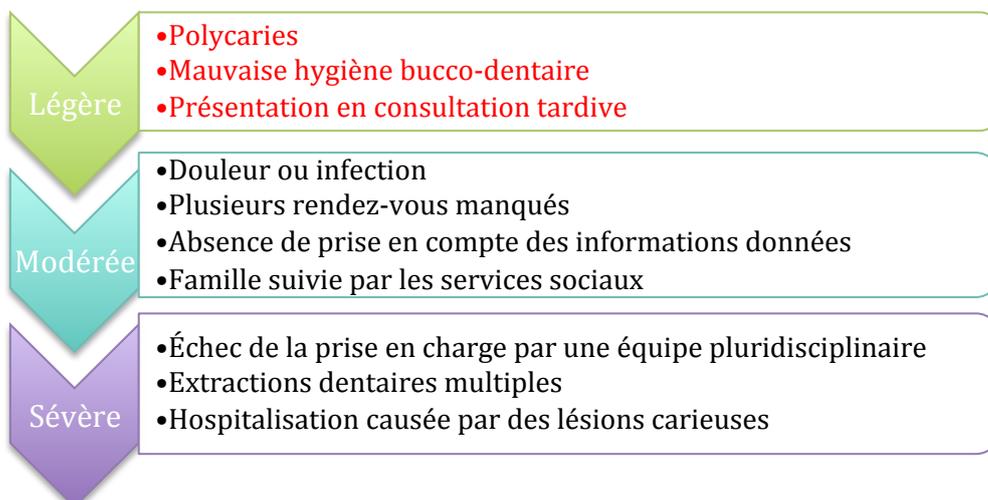
Anamnèse :

- aucune douleur ;
- mauvaise hygiène bucco-dentaire.

Examen clinique :

- syndrome polycarieux ;
- lésion carieuse profonde sur la 53 ;

D'après l'interrogatoire, les parents ne s'étaient pas inquiétés de cette lésion carieuse car elle concerne une dent temporaire.



Le résumé de la situation clinique est le suivant :

- type de négligence : intentionnelle ;
- degré de négligence : légère ;
- conduite à tenir : coéducation parent-enfant.

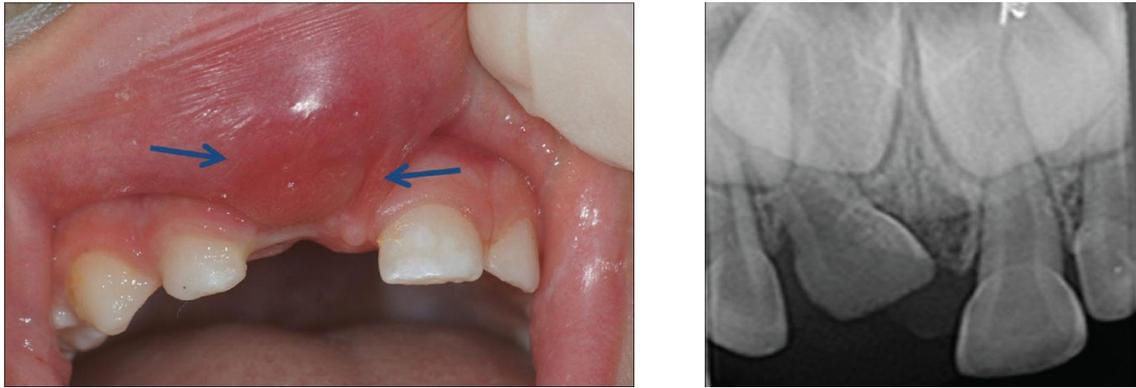
Dans cette situation clinique, une approche éducative préventive est préférable. Il faut expliquer aux parents :

- l'état de la dentition de l'enfant ;
- la pathologie ;
- le plan de traitement envisagé ;
- les solutions alternatives ;
- les conséquences et risques avec et sans traitement ;
- le nombre de rendez-vous nécessaires ;
- l'importance d'une bonne hygiène orale et alimentaire ;
- l'importance d'une prise en charge des lésions carieuses ;
- l'impact des lésions carieuses sur les dents temporaires ;
- la nécessité d'un suivi régulier.

L'importance d'**un suivi dentaire régulier** doit être expliqué aux parents. Il permet d'obtenir des résultats durables dans le temps (Joyce 2013). Or, les rendez-vous manqués sont souvent une caractéristique du problème bien que leur importance soit régulièrement soulignée. Selon une étude, seulement 13% des enfants ayant subi des extractions dentaires réalisées sous anesthésie générale se font suivre (Harris et Whittington 2016).

Pour le bien-être de l'enfant, le chirurgien-dentiste doit fixer des objectifs réalisables avec les parents. Il doit s'assurer qu'ils comprennent la maladie, ses conséquences et ses éventuelles complications. En cas d'échec, il peut s'orienter vers une gestion préventive multi-agence.

#### 2.3.4. Cas clinique n°2



*Figure 4 : Traumatisme dentaire – Intrusion de la 51 (Tardieu 2018)*

Un enfant de 4 ans, placé partiellement en famille d'accueil, se présente en consultation, accompagné de son assistante familiale.

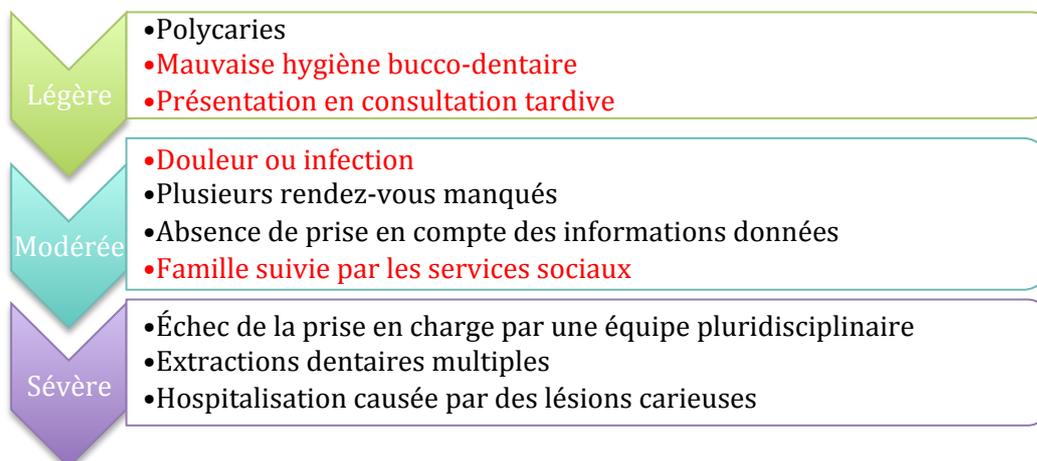
Anamnèse :

- douleur dentaire suite à une chute dans son domicile familial 5 jours auparavant ;
- les parents ne l'ont pas présenté en consultation et n'ont pas informé l'assistante familiale ;
- circonstances de la chute difficiles à déterminer ;
- les parents sont injoignables lors de la consultation.

Examen clinique et radiologique :

- manque d'hygiène bucco-dentaire ;
- intrusion quasi-complète de la 51.

L'extraction de celle-ci est à envisager. Cependant, l'obtention du consentement des parents est nécessaire.



Le résumé de la situation clinique est le suivant :

- type de négligence : intentionnelle ;
- degré de négligence : modérée ;
- conduite à tenir : gestion préventive multi-agence.

Le rôle du chirurgien-dentiste est de traiter l'urgence et d'apaiser la douleur de l'enfant. Cependant, sans le consentement des parents, il n'est pas autorisé à réaliser les soins. La démarche à suivre est donc la suivante :

- expliquer à l'assistante familiale la gravité du cas ;
- obtenir l'ensemble des coordonnées des professionnels de santé prenant en charge l'enfant (médecin, infirmière et aide sociale à l'enfance) ;
- contacter l'aide sociale à l'enfance (☎ : 119) pour les informer de la situation et tenter d'obtenir une dérogation du consentement si les parents sont injoignables les jours suivants ;
- participer au plan d'action commun.

S'il est difficile d'établir un plan d'action commun, la rédaction d'un signalement ou d'une information préoccupante est à envisager pour assurer la sécurité de l'enfant.

### 2.3.5. Cas clinique n°3



*Figure 5 : Enfant présentant un syndrome des caries précoces du jeune enfant (ECC) avec des atteintes sévères multiples*

Un jeune couple présente leur enfant en consultation.

Anamnèse :

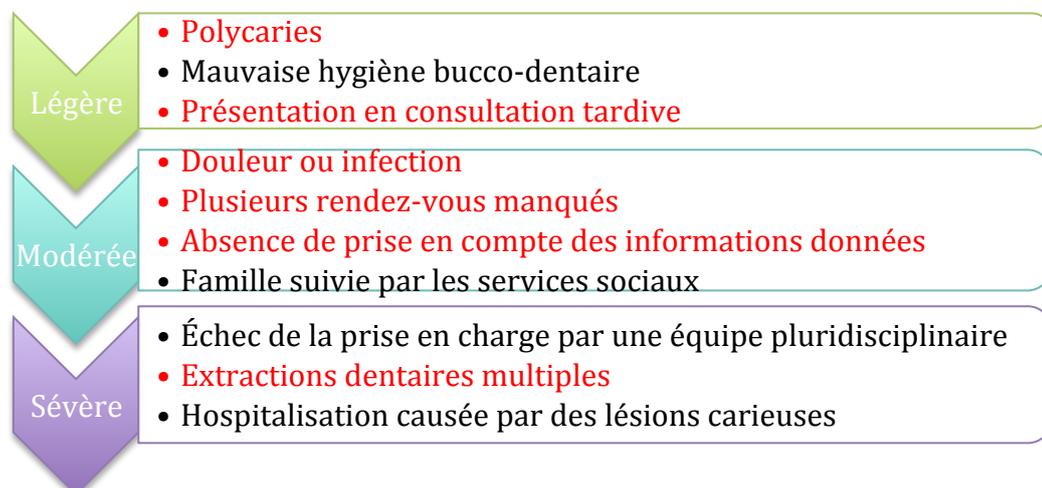
- douleur intense et trouble du sommeil depuis plusieurs semaines.

Antécédent :

- présentation en urgence 3 mois plus tôt ;
- pulpite sur une première molaire temporaire (64) ;
- traitement d'urgence et absence de l'enfant pour la poursuite des soins.

Examen clinique :

- syndrome polycarieux avec de multiples atteintes sévères ;
- abcès sur la 64.



Le résumé de la situation clinique est le suivant :

- type de négligence : intentionnelle ;
- degré de négligence : sévère ;
- conduite à tenir : signalement auprès de la protection de l'enfance.

Bien que les parents puissent vouloir changer leur attitude vis-à-vis de la santé bucco-dentaire de l'enfant, le signalement dans cette situation est obligatoire. Sa finalité n'est pas d'incriminer les parents. Il a plutôt pour objectif d'apporter à la famille l'aide dont elle nécessite. Au Royaume-Uni, il doit être fait par téléphone et être suivi d'un courrier dans les 48 heures.

En France, le moyen le plus judicieux pour signaler ce type de négligence est **l'information préoccupante**. Elle doit être réalisée par le chirurgien-dentiste par écrit et doit contenir :

- les éléments d'identité de l'enfant (nom, prénom, âge, adresse) ;
- les éléments d'identité des parents (nom, prénom, adresse) ;
- les constatations cliniques et para-cliniques (polycaries, douleur, radiographies, etc.) ;
- les propos de l'enfant à retranscrire le plus fidèlement possible en utilisant le vocabulaire employé par l'enfant ;
- les propos d'autres professionnels qui le prennent en charge ;
- l'analyse de la situation (acceptation ou refus des soins par les parents).

Ce courrier doit être envoyé à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) du département du domicile de l'enfant. Il n'existe pas de formulaire type fixé par la loi. Toutefois, certains formulaires ainsi que les adresses postales, les adresses e-mail et les numéros de téléphone des CRIP sont disponibles sur internet (annexe 1).

#### 2.4. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS DE LA NEGLIGENCE BUCCO-DENTAIRE

En 2016, Harris et Whittington ont défini les quatre diagnostics différentiels de la négligence bucco-dentaire : l'anxiété, la xérostomie, les troubles alimentaires et les réflexes nauséux (Harris et Whittington 2016).

Une consultation chez un chirurgien-dentiste peut fréquemment entraîner chez l'enfant de la **peur et de l'anxiété**. Si les soins ont été demandés par les parents, mais qu'une gestion appropriée de l'anxiété n'a pas été proposée par le praticien (prémédication, sédation

comportementale, sédation consciente, anesthésie générale), une négligence bucco-dentaire ne doit pas être suspectée (Harris et Whittington 2016).

**Les conditions qui provoquent des caries dentaires de manière inattendue**, telles que la xérostomie, les reflux gastriques et l'anorexie sont à distinguer de la négligence bucco-dentaire. La xérostomie peut être due à une aplasie congénitale des glandes salivaires, à une radiothérapie ou à des prises médicamenteuses (Harris et Whittington 2016).

Les enfants ayant un **besoin de se nourrir fréquemment** pour la gestion d'une condition médicale (comme certains troubles métaboliques héréditaires rares) ou ceux nourris par **gastrostomie** (alimentation par voie médicale) peuvent présenter des signes cliniques similaires à ceux de la négligence bucco-dentaire (Harris et Whittington 2016).

Enfin, les enfants présentant **des réflexes nauséux** et qui résistent fortement au brossage des dents (par exemple les enfants atteints d'autisme sévère) peuvent présenter des lésions carieuses multiples (Harris et Whittington 2016).

Une fois toutes ces hypothèses rejetées, le diagnostic de la négligence bucco-dentaire peut être envisagé.

## 2.5. FACTEURS DE RISQUE DE LA NEGLIGENCE BUCCO-DENTAIRE

Les facteurs de risque de la négligence bucco-dentaire caractérisent soit l'enfant, soit la famille. Ils permettent d'aider le praticien dans sa démarche diagnostique face à une négligence bucco-dentaire.

### 2.5.1. Facteurs qualifiant l'enfant

Il existe une corrélation forte entre la carie dentaire et la **maltraitance infantile**. En effet, les enfants victimes de maltraitance peuvent présenter jusqu'à 8 fois plus de caries comparativement aux enfants non maltraités (Kumar et al. 2015). Une autre étude qualitative réalisée auprès des infirmières de la santé publique a révélé que les antécédents de violence domestique étaient l'un des signes précurseurs les plus révélateurs de la négligence bucco-dentaire (Bradbury-Jones et al. 2013).

Les praticiens doivent disposer de la formation appropriée pour identifier les signes de maltraitance (hématome, brûlure, rupture du frein de la langue, fracture dentaire, etc.) et les mettre en lien avec un éventuel contexte de négligence bucco-dentaire (Baptista et al. 2017). En France, un enfant sur cinq étant victime de maltraitance, ces signes ne sont pas à négliger dans notre pratique (Haute Autorité de Santé 2014) .

Le **handicap** d'un enfant peut aussi être considéré comme un facteur de risque de la négligence bucco-dentaire. Un enfant handicapé présente un risque plus important de subir des négligences (Kumar et al. 2015). Certains handicaps physiques et psychiques ne permettent pas à l'enfant d'être autonome ainsi, le brossage bucco-dentaire doit souvent être assisté par les parents. Le manque d'investissement de ces derniers peut rapidement conduire à une négligence bucco-dentaire.

De plus, certains enfants présentant une déficience mentale ou motrice sont difficiles à prendre en charge. Ainsi, les parents retardent les soins pour éviter une situation potentiellement compliquée. L'information du parent sur les diverses méthodes de prise en charge (prémédication, sédation consciente, anesthésie générale) s'annonce nécessaire. Lorsque la prise en charge dépasse les compétences du chirurgien-dentiste il est essentiel d'orienter l'enfant vers un spécialiste privé et/ou hospitalier.

#### 2.5.2. Facteurs qualifiant la famille

**Le statut socio-économique** de la famille est le facteur le plus influent sur la santé bucco-dentaire des enfants. Les différents déterminants sociaux sont (Acharya et al. 2013; Scorca et al. 2013; Kumar et al. 2015) :

- le faible niveau socio-économique ;
- le chômage ;
- le sans-abrisme ;
- l'isolement de la famille ;
- la famille monoparentale ;
- la maladie ;
- les mauvaises conditions de logement (surpeuplement, insalubrité) ;
- le faible niveau scolaire des parents.

En effet, la négligence dentaire des enfants est particulièrement fréquente dans **les classes socio-économiques inférieures** (Ramazani 2014). Il constitue un indicateur de santé important, associé à une santé bucco-dentaire plus faible et à des attitudes moins favorables à l'égard des soins bucco-dentaires (Kumar et al. 2015). Des études montrent une association négative entre le niveau socio-économique et la sévérité des caries chez les jeunes enfants. Les familles de faible niveau socio-économique ont une plus grande prédisposition à développer des lésions carieuses plus graves chez les jeunes enfants (Bradbury-Jones et al. 2013; Kumar et al. 2015).

De plus, **les enfants vivant dans des foyers précaires ou étant sans-abris** ont tendance à avoir des pratiques d'hygiène bucco-dentaire irrégulières. Ainsi, leur possibilité de développer des négligences bucco-dentaires est supérieure à celle de la population générale (Kaur et al. 2016).

**Le niveau d'éducation** est également un facteur très corrélé à la négligence bucco-dentaire. En effet, le niveau de scolarité est associé à l'employabilité, au statut social, au revenu et à l'accessibilité aux ressources. Les enfants appartenant à des familles peu instruites sont plus susceptibles d'avoir une santé bucco-dentaire négligée (Thomson et al. 1996).

Par ailleurs, **le nombre d'éducateurs** au sein de la famille semble influencer la probabilité de négligence bucco-dentaire. En effet, les enfants appartenant à des familles monoparentales sont plus exposés au risque de négligence car le parent célibataire aura probablement des ressources financières moindres mais également moins de temps à consacrer aux soins de santé de ses enfants (Thomson et al. 1996).

Pour finir, il existe une corrélation **entre le risque carieux des enfants et celui de leurs parents**. Ainsi, un enfant a plus de risque d'avoir une mauvaise santé bucco-dentaire si ses parents ne prennent pas soin de leur propre cavité orale (Kumar et al. 2015).

La négligence de la santé bucco-dentaire des parents et le non-respect de leurs rendez-vous chez le dentiste sont également liés à la négligence dentaire de leurs enfants. Lorsque la santé orale du parent est négligée, l'enfant adopte les mêmes mauvaises habitudes en les imitant, et plus particulièrement la mère (Thomson et al. 1996; Acharya et al. 2013).

## 2.6. CONSEQUENCES DE LA NEGLIGENCE BUCCO-DENTAIRE

La négligence affecte la santé physique et émotionnelle de l'enfant ainsi que son développement social et cognitif (Welbury 2016). La négligence bucco-dentaire, quant à elle, a des répercussions sur sa santé bucco-dentaire, générale et psychologique. (Kumar et al. 2015). La prendre en charge permet donc d'améliorer le bien-être des enfants.

### 2.6.1. Risques sur l'état bucco-dentaire

La négligence bucco-dentaire étant généralement associée à des infections de la cavité orale, elle peut conduire à des effets néfastes sur la santé bucco-dentaire de l'enfant. Selon la sévérité de l'atteinte, l'infection d'origine dentaire peut s'étendre aux germes des dents définitives et causer des lésions irréversibles tels que **l'hypoplasie, l'hypominéralisation, la dyschromie, l'arrêt ou le retard d'éruption de la dent définitive, ou l'apparition d'un kyste folliculaire refoulant le germe** (De La Dure-Molla et al. 2013).

L'hypoplasie correspond à un défaut quantitatif d'émail caractérisé par une réduction de l'épaisseur de l'émail et par une rupture de son intégralité. Cependant, les bords de ces lésions restent lisses et réguliers.

L'hypominéralisation correspond à un défaut qualitatif d'émail caractérisé par une opacité bien délimitée. Les zones atteintes peuvent prendre différentes colorations (blanche, jaune ou brune). Elles sont lisses ou rugueuses mais d'épaisseur normale (Arbonneau et Foray 2010).

La dyschromie est un changement de la teinte de la dent. Un traumatisme ou une infection d'une dent temporaire peut entraîner une modification de la teinte de la dent définitive sous-jacente. Ces lésions sont généralement asymétriques, au niveau du tiers coronaire et du bord libre de l'incisive. Leurs formes, aspects, localisations et contours sont très variables (Mallet 2016).

Une infection dentaire peut causer une résorption pathologique des racines de la dent temporaire. Sa conséquence est l'arrêt ou le retard d'éruption de la dent définitive (Vaysse et al. 2010).

Les kystes folliculaires sont les kystes odontogènes les plus fréquents. Ils sont liés aux germes des dents qu'ils retiennent. L'infection d'une dent temporaire peut causer une anomalie de développement du germe sous-jacent et ainsi conduire à un kyste folliculaire (Sauveur et al. 2016).

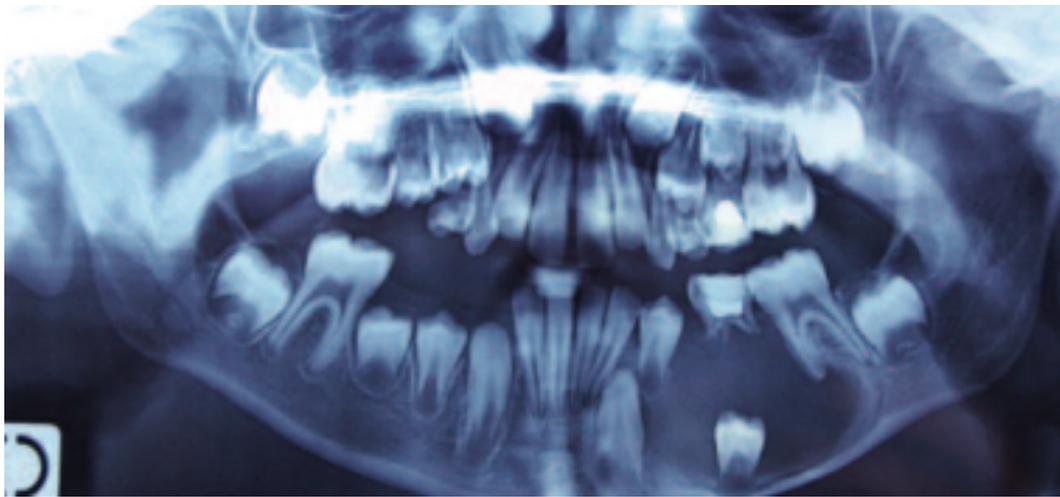
*Figure 6 : Hypoplasie, hypominéralisation, dyschromie et kyste folliculaire causés par une atteinte infectieuse des dents temporaires (Milin 2012; Mallet 2016)*



Hypoplasie de la 11 et la 21



Hypominéralisation et dyschromie de la 13



Kyste folliculaire en regard de la 35

De nombreuses études ont démontré que la survenue des caries en denture temporaire augmentait significativement le risque d'apparition de caries en denture mixte ou en denture permanente. L'absence de carie en denture temporaire permettrait d'obtenir 75% de chance de ne pas en développer en denture mixte. A contrario, si une carie se déclare en denture temporaire, l'enfant aurait 45% de risque d'en avoir également en denture mixte (Naulin-Ifi 2011). Des études longitudinales démontrent que les individus présentant des antécédents de carie au cours de leur développement présentent statistiquement plus de lésions carieuses en denture permanente comparativement aux individus sans antécédents. Les caries précoces du jeune enfant constituent donc un facteur prédictif majeur du développement de caries sur les dents permanentes (Isaksson et al. 2013; Delfosse et Trentesaux 2015; Grund et al. 2015; Jordan et al. 2016)

## 2.6.2. Risques sur l'état de santé général

Un enfant subissant une négligence bucco-dentaire doit faire face à une **douleur** constante ou intermittente en fonction du stade des lésions. Au cours des crises douloureuses, l'enfant est plongé dans un état de détresse qui le confronte à des angoisses massives (Delarue 2018).

A long terme, si les douleurs ne sont pas prises en charge, elles auront un impact sur (Welbury 2016) :

- le plan émotionnel (tristesse, irritabilité, agressivité) ;
- le seuil de sensibilité à la douleur (augmentation ou réduction du seuil) ;
- l'acceptation des soins (rejet des soins causé par la peur de la douleur).

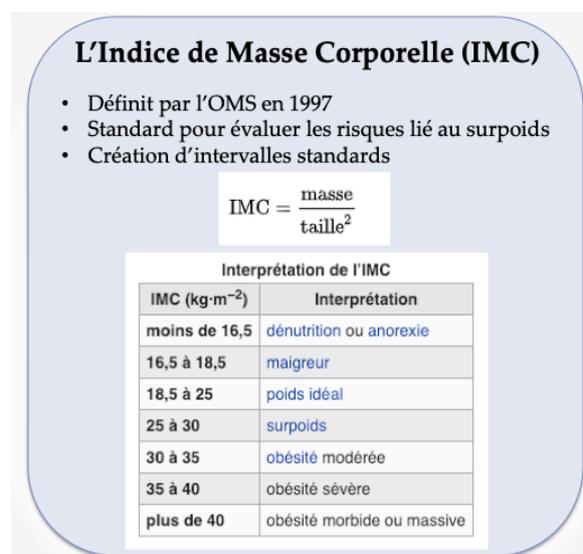
La principale conséquence des douleurs dentaires est la **perturbation du sommeil** de l'enfant. Or, le sommeil est un acteur de première importance dans le développement général de l'enfant. En effet, un nombre croissant d'études démontre qu'un mauvais sommeil, ou encore un sommeil de durée insuffisante, entraîne des conséquences délétères sur le développement de l'enfant, par la perturbation de la sécrétion de l'hormone de croissance lors du sommeil (Petit et Montplaisir 2012; Delfosse et Trentesaux 2015; Kumar et al. 2015).

Concernant le **poids** de l'enfant, les études sont contradictoires. A l'heure actuelle, aucune étude ne montre de manière significative l'impact des caries dentaires sur le poids de l'enfant.

Cependant, l'Indice de Masse Corporelle de l'enfant peut être :

- réduit si la douleur liée aux caries empêche l'enfant de se nourrir (Ghasempour et al. 2011; Norberg et al. 2012; Harris et al. 2013) ;
- augmenté en cas de lésions carieuses liées à une alimentation déséquilibrée et sucrée (Basha et al. 2017; Ribeiro et al. 2017; Chen et al. 2018).

En fonction des affirmations précédentes, l'enfant présentant des lésions carieuses pourra être en insuffisance pondérale ou en surpoids (figure 6).



*Figure 7 : Rappel sur l'IMC*

Outre les écarts pondéraux causés par la négligence bucco-dentaire, les **capacités masticatoires** de l'enfant sont réduites. Celui-ci peut rencontrer des difficultés à s'alimenter et modifier ses préférences alimentaires (Delfosse et Trentesaux 2015), en s'orientant plutôt vers une nourriture molle et tiède pour éviter la douleur causée par la pression exercée lors de la mastication, le contact au froid et/ou au chaud (Kaur et al. 2016).

**L'apprentissage** et les activités de communication sont également affectés (Harris et al. 2013; The American Academy of Pediatric Dentistry's 2017). En effet, les enfants qui souffrent de pathologies bucco-dentaires chroniques sont 12 fois plus susceptibles d'avoir des journées d'activité restreintes. Chaque année, plus de 50 millions d'heures scolaires aux États-Unis sont perdues du aux problèmes dentaires, affectant les résultats scolaires des enfants et leur réussite future (Kwan et al. 2005). De plus, les dents jouent un rôle essentiel dans **la communication**. Elles favorisent la phonation, l'élocution et interviennent dans la prononciation de sons, notamment par un contact entre la langue et la face linguale des incisives. L'extraction de ces dents peut conduire à des troubles de l'apprentissage du langage.

La négligence bucco-dentaire étant souvent liée à un retard de présentation de l'enfant en consultation ou à l'impossibilité d'achever les soins, **les infections** sont fréquentes (apparition d'abcès dentaires multiples). Ainsi, l'enfant peut être assujéti à prendre des antibiotiques de manière répétée dont les conséquences ne sont pas négligeables. En effet, prendre des médicaments n'est pas sans conséquences sur l'organisme, d'autant plus quand il s'agit d'un enfant. Les **effets secondaires des antibiotiques** sont multiples et variés mais les plus fréquents sont les diarrhées, vomissements, douleurs intestinales, érythèmes ou allergies (Buxeraud et Faure 2016). De plus, l'utilisation des antibiotiques conduit dans la très grande majorité des cas à la sélection de populations microbiennes résistantes. La **résistance aux antibiotiques** est due à des mutations chromosomiques ou à l'acquisition de gènes de résistance portés par des éléments génétiques mobiles. Ces résistances peuvent conduire à une diminution du nombre d'options thérapeutiques, voire être à l'origine d'échecs thérapeutiques (Tebano et Pulcini 2016).

L'étiologie **des cellulites cervico-faciales** chez l'enfant est majoritairement dentaire en raison de l'absence de voie de drainage naturel (comparé à celles d'origine amygdalienne, sinusienne ou cutanée). Cette infection des tissus cellulo-adipeux de la face et/ou du cou a

pour origine une infection dentaire non traitée (figure 7). Par ses répercussions possibles sur les germes des dents définitives, elle constitue une affection préoccupante chez l'enfant. De plus, dans les cas les plus sévères, elles peuvent évoluer en **urgence vitale par l'obstruction des voies aériennes supérieures** (Idoux 2018).

*Figure 8 : Patient présentant une cellulite cervico-faciale causée par une dent temporaire*



### 2.6.3. Risques de mal-être psychologique

Les pathologies bucco-dentaires peuvent entraîner des mal-être psychologiques chez l'enfant. Ils sont généralement causés par un sourire inesthétique. Par les rires et le sourire, les enfants expriment leurs amusements, leurs joies et développent leurs premiers cercles sociaux (Welbury 2016). Ainsi, **avoir un beau sourire leur permet à la fois d'avoir confiance en eux et de se développer socialement** (Ramazani 2014; Baptista et al. 2017). Toutefois, lorsque leur sourire est atteint par des lésions carieuses, ils ne rient plus ou développent l'automatisme de placer leur main devant leur bouche pour cacher leur sourire. Ils réduisent leurs interactions avec les camarades et éprouvent donc un mal-être psychologique (Ramazani 2014). Il est donc primordial de prendre en charge les caries antérieures de l'enfant aussi bien

sur le plan fonctionnel qu'esthétique afin qu'il retrouve l'estime de soi, essentielle à son développement et à sa socialisation.

Les multiples conséquences de la négligence bucco-dentaire sur l'état de santé d'un enfant ont permis à cette notion d'être reconnue sur le plan médical. Cependant, il est essentiel de déterminer son cadre juridique pour qu'elle puisse être traitée de manière juste et équitable à l'échelle nationale.

## 2.7. LE CADRE JURIDIQUE DE LA NEGLIGENCE BUCCO-DENTAIRE

La négligence bucco-dentaire est un concept défini par les organismes de santé américains et anglo-saxons. Toutefois, cette notion présente-t-elle une définition juridique au sein de ces pays ?

### 2.7.1. Aux Etats-Unis

En mars 1984, soit une année après la définition officielle du *dental neglect* par l'American Academy of Pediatric Dentistry's, une enquête a été menée auprès des 50 États des États-Unis. L'objectif était de déterminer si la loi incluait la négligence bucco-dentaire au sein des formes de négligence. Sur les 34 réponses reçues, seuls le Wisconsin et l'État de New York avaient introduit dans leur code pénal le *dental neglect*. Pour ces deux États, la loi définit la négligence comme « l'échec, le refus, ou l'incapacité d'un parent, d'un tuteur ou d'une personne exerçant l'autorité parentale de manière temporaire ou permanente, à fournir à l'enfant de la nourriture, un abri, des vêtements, **des soins médicaux ou dentaires**, pouvant mettre à terme en danger la santé de l'enfant pour des raisons autre que la pauvreté » (Loochtan et al. 1986).

Dans les autres États, la négligence bucco-dentaire est définie au sein des manuels, des brochures et des procédures des services sociaux mais ne présente pas de définition juridique officielle. Depuis 1984, la situation n'a pas évolué d'un point de vue juridique. Cependant, la négligence bucco-dentaire est un critère de maltraitance défini et étudié au cours des formations des professionnels de santé (American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect et American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs 2006).

### 2.7.2. Au Royaume-Uni

Selon les statistiques du registre de protection de l'enfance, la négligence est la catégorie comprenant la majorité des signalements au Royaume-Uni (Joyce 2013). En 2007, elle représentait 44% des cas signalés (Department for Children Schools and Families 2008). Elle a été définie en 1933 par la loi « Children and Young Persons Act » comme étant l'échec d'un parent ou du responsable légal d'un enfant à lui fournir un logement, de la nourriture, des vêtements ou des aides médicales.

Bien qu'au Royaume-Uni la loi n'énonce pas la négligence bucco-dentaire, un grand nombre **d'institutions gouvernementales et associatives** l'ont incluse parmi les critères de la maltraitance.

En effet, le **National Institute for Health and Care Excellence** (équivalent de la HAS en France), organisme sous la gouvernance nationale, publie au sein de son guide « Child abuse and neglect » qu'il faut suspecter une négligence si les parents ne traitent pas les caries de leurs enfants (National Institute for Health and Care Excellence 2017).

La **British Dental Association** (syndicat des chirurgiens-dentistes au Royaume-Uni) déclare que les enfants ont un droit d'accès à la santé bucco-dentaire, qui fait partie intégrante de leur santé générale (Harris et al. 2009). Par ailleurs, la description et la conduite à tenir face à une négligence bucco-dentaire sont énoncées sur leur site internet officiel.

Enfin, au niveau associatif, la **National Society for the Prevention of Cruelty to Children** (NSPCC) décrit les différents types de négligence (Horwath 2007) : physique, éducationnelle, émotionnelle, affective et médicale. La négligence médicale est l'omission, le refus ou l'ignorance des soins appropriés à l'enfant, y compris les **soins dentaires**.

L'énumération des exemples précédents n'est qu'une infime partie des institutions se référant à la négligence bucco-dentaire au sein des critères de la maltraitance au Royaume-Uni. Qu'en est-il de la situation en France ?

### **3. INTREGRER LA NEGLIGENCE BUCCO-DENTAIRE AU SEIN DES CRITERES DE LA MALTRAITANCE INFANTILE EN FRANCE**

En France, la négligence bucco-dentaire n'est pas définie au sein de la loi et des organismes de santé. En effet, il n'existe actuellement aucun manuel citant le terme de « négligence bucco-dentaire ». L'objectif de cette partie est de déterminer les différents moyens pouvant lui permettre d'être reconnue comme un critère de maltraitance en France.

#### **3.1. INTERETS D'INTRODUIRE CETTE NOTION EN FRANCE**

##### **3.1.1. Constat : insuffisance des campagnes de prévention bucco-dentaire**

Instauré en 2007 en France, le programme M'T Dents a remplacé le BBD (Bilan Bucco-Dentaire). Il vise à améliorer la santé bucco-dentaire des jeunes entre 6 et 18 ans en permettant :

- l'adoption d'une bonne hygiène bucco-dentaire dès le plus jeune âge ;
- l'accès aux soins aux plus démunis ;
- la prise en charge précoce des éventuels problèmes dentaires.

Il se présente sous forme d'invitation adressée aux enfants et adolescents de 6, 9, 12, 15 et 18 ans, et depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, aux jeunes adultes âgés de 21 et 24 ans. Sur présentation du document, **la consultation et les radiographies** sont prises en charge à 100 % par l'assurance maladie sans avance de frais (figure 9).

Figure 9 : Fiche explicative du programme M'T dents

## Le programme M'T dents



L'Assurance Maladie adresse un courrier accompagné d'un bon de prise en charge à toutes les familles concernées un mois avant la date d'anniversaire



Prenez rendez-vous avec le chirurgien-dentiste conventionné de votre choix. Passé le délai d'un an après la date anniversaire de votre enfant, le bon de prise en charge n'est plus valable



Lors de ce rendez-vous, le chirurgien-dentiste examine les dents et les gencives de votre enfant et si besoin, effectue une ou plusieurs radiographies.



Les soins doivent commencer dans les 3 mois suivant l'examen et s'achever dans les 6 mois suivant leur début.

**La prise en charge :**

- Pas d'avance de frais
  - pour la consultation
  - pour les radiographies
  - pour les soins effectués dans les 9 mois suivant la première consultation
- Frais pris en charge directement par la sécurité sociale
- Les autres traitements comme les appareils d'orthodontie ou les prothèses sont en revanche à votre charge aux taux habituels.

Bien qu'une amélioration soit perçue depuis 2007, en 2010 seulement 75 % des enfants âgés de 6 ans, 70 % des enfants de 9 et 12 ans et 40 % des adolescents de 15 ans ont consulté un chirurgien-dentiste dans le cadre de ces visites (Dourgnon et al. 2012).

Ce recours diffère selon la classe sociale de la famille. En effet, 64 % des enfants dont les parents sont sans activité professionnelle déclarent avoir participé à la visite M'T dents contre 71 % pour les enfants d'employés et 82 % pour les enfants de cadres (Dourgnon et al. 2012).

De plus, une majorité d'enfants utilisant ce dispositif sont déjà suivis annuellement par un chirurgien-dentiste. Ainsi, la gratuité des soins et l'absence d'avance de frais ne garantissent pas le recours aux soins dentaires (Calvet et al. 2013). Il est donc nécessaire d'introduire la notion de négligence bucco-dentaire au sein des critères de la maltraitance pour:

- aider le chirurgien-dentiste à pallier au manque d'investissement des parents ;
- aider l'enfant à obtenir des soins essentiels à son bien-être ;
- proposer aux familles une aide éducative plus complète ;
- cibler d'avantage certaines populations plus à risque dans les campagnes de prévention (zone rurale et zone d'éducation prioritaire).

### 3.1.2. Soigner sans l'obtention du consentement parental

L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. **Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité** ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne (Code Civil 2013).

Dans le domaine de la santé, la décision des soins leurs appartient. Ainsi, il est nécessaire avant toute intervention (telle que les soins dentaire) d'obtenir le consentement d'un ou des deux parents en fonction de la situation familiale.

Le Code de la Santé Publique énonce : « Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et **d'obtenir leur consentement**. En cas d'urgence vitale, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires » (Code de la Santé Publique 2004). Ainsi, un praticien qui souhaite réaliser des soins sur un mineur, sauf dérogation prévue par la loi (urgence vitale), doit recueillir le consentement de ses représentants légaux, après avoir pris le temps de les informer. **Ce consentement doit être libre et éclairé**. Bien que la décision finale revienne aux détenteurs de l'autorité parentale, l'enfant a le droit aux informations concernant sa santé. Elles doivent lui être délivrées avec un langage simple et adapté à son degré de maturité.

Il est donc recommandé d'obtenir **un questionnaire médical et un consentement** écrit et signé par les parents avant de pratiquer les examens cliniques et radiologiques, ainsi que les soins (annexes 2).

Après une explication de l'état de la dentition de l'enfant, des pathologies, du plan de traitement envisagé, des alternatives, des conséquences et des risques, **le praticien ne pourra pas réaliser les soins face à un refus du parent même si ceux-ci semblent primordiaux**. Cependant, il a l'obligation de tenter de convaincre les parents de les accepter. En cas de refus absolu, il a le devoir de les adresser vers un autre praticien afin que l'enfant ne sorte pas du système de santé (Code de la Santé Publique 2002).

**Face à une négligence bucco-dentaire et à un refus des soins par les détenteurs de l'autorité parentale, le dentiste se retrouve impuissant.** Considérer la négligence bucco-dentaire comme une forme de maltraitance permettrait d'apporter des solutions face à de telles situations. **En effet, alerter les autorités compétentes sur une situation de négligence est le seul moyen de contrer le pouvoir remis par l'autorité parentale.** Le chirurgien-dentiste pourra donc rédiger une information préoccupante décrivant la situation clinique et familiale observée pour aider l'enfant à obtenir des soins adaptés sans le consentement parental. Le parent aura l'obligation d'accepter les soins médicaux et dentaires nécessaires à la santé de son enfant dans le cadre d'une aide éducative.

### 3.2. INTRODUCTION DE LA NEGLIGENCE BUCCO-DENTAIRE AU SEIN DE LA LEGISLATION FRANCAISE

L'étude du cadre législatif actuel semble essentielle afin de déterminer les limites à l'intégration de la négligence bucco-dentaire au sein des critères de la maltraitance. La négligence est une forme de maltraitance punie par le Code Pénal depuis la loi du 22 juillet 1992 réformant les dispositions relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes.

Au sein de celui-ci, il existe deux articles de loi faisant référence à la négligence :

- l'article 227-17 « Le fait, par le père ou la mère, de se soustraire, sans motif légitime, à ses obligations légales au point de **compromettre la santé**, la sécurité, la moralité ou l'éducation de son enfant mineur est puni de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende » (Code pénal 2006b) ;
- l'article 227-15 « Le fait, par un ascendant ou toute autre personne exerçant à son égard l'autorité parentale ou ayant autorité sur un mineur de quinze ans, de priver celui-ci d'aliments ou **de soins au point de compromettre sa santé** est puni de 7 ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende » (Code pénal 2006a).

Bien que la négligence bucco-dentaire ne soit pas citée explicitement, les termes flous rapportés par les lois peuvent l'inclure. Au vu des lois précédentes, la législation n'empêche pas de considérer la négligence bucco-dentaire comme un signe de maltraitance. En effet, ne pas apporter à l'enfant les soins dentaires nécessaires peut compromettre sa santé. Ainsi, une modification de la loi ne semble pas nécessaire pour juger une négligence bucco-dentaire. Cependant, pour obtenir sa reconnaissance au sein des critères de la négligence, il faudrait sensibiliser l'opinion publique.

### 3.3. COMMENT SENSIBILISER L'OPINION PUBLIQUE SUR LE SUJET DE LA NEGLIGENCE BUCCO-DENTAIRE ?

Le Royaume-Uni a créé son premier système de protection de l'enfance dès les années 1860, soit 30 ans avant la France. Ambroise Tardieu, médecin légiste, a été le premier à proposer en France un recensement précis des mauvais traitements (Tardieu 1879). Cependant, il a fallu presque 10 ans pour que ces critères soient reconnus en France. **Le modèle anglo-saxon, la presse, les institutions à but non lucratif** ont permis une prise de conscience collective et l'élaboration de ces critères au sein du cadre juridique (Vigarello 2005).

#### 3.3.1. Qui peut transmettre le concept de la négligence bucco-dentaire ?

Les acteurs pouvant transmettre le concept de la négligence bucco-dentaire au plus grand nombre de professionnels de santé et de citoyens sont les organismes de santé. En France, dans le domaine de la protection de l'enfance, les plus influents sont :

- le Ministère des Solidarités et de la Santé ;
- la Haute Autorité de Santé ;
- l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance.

**Le Ministère des Solidarités et de la Santé**, créé en 1930, est une administration publique chargée de la mise en œuvre de la politique du gouvernement dans les domaines des affaires sociales, de la solidarité, de la santé publique et de la protection sociale. Il est dirigé par le ministre des Solidarités et de la Santé. Ce ministère œuvre pour l'organisation de la prévention et des soins, pour la recherche et l'innovation dans le domaine de la santé (Ministère des Solidarités et de la Santé 2015). Il a donc un rôle important dans la mise en place des circulaires de santé. Par définition, la circulaire est un texte qui permet aux autorités administratives d'informer leurs services opérant sur le terrain. Ainsi, le Ministère des Solidarités et de la Santé permettrait d'informer l'ensemble des institutions sur l'importance de la négligence bucco-dentaire des enfants et la conduite à tenir en se basant sur le modèle anglo-saxon. De plus, il est la seule institution qui a le pouvoir d'inscrire la négligence bucco-dentaire dans le plan de protection de l'enfance.

La **Haute Autorité de Santé** (HAS), créée en 2004, est un organisme public indépendant. Elle répond à 3 missions (Haute Autorité de Santé 2018) :

- évaluer les produits de santé en vue de leur remboursement ;
- **recommander les politiques de santé publique et les bonnes pratiques auprès des professionnels de santé**, du social et du médico-social ;
- mesurer et améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux et cliniques, des accompagnements dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

En 2014, la HAS a rédigé un rapport d'élaboration nommé « Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir » dans lequel il est présenté la définition de la maltraitance et de ses différentes formes. Actuellement, c'est le seul document en France mettant en lien carie dentaire, négligence et maltraitance en se référant au modèle anglo-saxon : « Le National Institute for Health and Care Excellence (NICE, équivalent de la HAS au Royaume-Uni) recommande d'envisager une négligence si les parents ne parviennent pas à obtenir un traitement du National Health Service (soit le système de santé du Royaume-Uni) pour les caries dentaires de leur enfant » (Haute Autorité de Santé 2014). Malheureusement, par le manque de diffusion de ce message, en France, peu de chirurgiens-dentistes sont informés de l'existence de cette négligence.

Egalement créé en 2004, l'**Observatoire National de la Protection de l'Enfance** (ONPE) a pour objectif d'**améliorer les connaissances en matière de protection de l'enfance** par (Observatoire National de la Protection de l'Enfance 2018) :

- le recensement des pratiques de prévention, de dépistage et de prise en charge concernant les enfants maltraités ;
- le recueil et l'analyse des données et des études sur la protection de l'enfance ;
- le développement et le financement de recherches en la matière.

Cet organisme a un rôle fondamental au sein de notre sujet car c'est le seul organisme sous la gouvernance nationale spécialisé dans la protection de l'enfance. Inclure la négligence bucco-dentaire comme forme de maltraitance améliorerait les connaissances en matière de protection de l'enfance et répondrait mieux aux objectifs fixés par l'ONPE. Sensibiliser cette institution sur le sujet serait donc une avancée majeure pour la reconnaissance de ce type de négligence.

Afin d'obtenir une discussion au sein des organismes nationaux, il faut alerter dans un premier temps les associations luttant contre la maltraitance infantile. En effet, celles-ci sont plus simples d'accès et disposent de plus de temps pour étudier le sujet. Les associations les plus renommées en France sont :

- la Convention Nationale des Associations de Protection de l'Enfant (CNAPE) ;
- l'Enfance et Partage ;
- L'Enfant Bleu ;
- La Voix de l'Enfant.

Pour finir, **le corps médical** est un acteur majeur pour la transmission de cette nouvelle notion. Il revient aux conseils nationaux des professionnels de santé d'informer ses inscrits sur le sujet de la négligence bucco-dentaire en se basant sur les modèles étrangers, et plus particulièrement le modèle anglo-saxon. Ainsi, l'ensemble des enseignants des facultés ayant vocation de transmettre leur savoir pourront sensibiliser et former les futurs diplômés mais aussi d'autres professionnels de santé au sein des conférences et des échanges inter ou intra-disciplinaires.

### 3.3.2. A qui transmettre ce concept ?

Afin d'alerter l'opinion publique, il faudrait informer la population générale. Toutefois, une diffusion de l'information au sein du corps médical serait à envisager en amont.

Dans un premier temps, les professionnels de santé, notamment les chirurgiens-dentistes, seraient les plus aptes à recevoir l'information. En effet, bien que de plus en plus de pédiatres examinent la dentition des enfants, la négligence bucco-dentaire fait intervenir comme premier acteur le chirurgien-dentiste, l'objectif étant de lui donner :

- une définition de la négligence bucco-dentaire ;
- les signes d'alertes ;
- la conduite à tenir face à celle-ci.

Les chirurgiens-dentistes pourront par la suite informer leurs confrères, les autres professionnels de santé et les parents.

L'école étant le seul lieu de passage de tous les enfants, les seconds acteurs concernés sont la **médecine scolaire de prévention** comprenant l'infirmière, le médecin scolaire et l'assistante sociale. L'enfant passant environ un quart de son temps à l'école, ces acteurs sont à un poste clef pour le dépistage et le signalement des cas de maltraitance infantile (OCDE 2018). En cas de doute d'un diagnostic sur une situation de négligence générale, il peut être judicieux de recommander un examen de la cavité orale par un chirurgien-dentiste, qui permettrait d'aider à déterminer l'existence ou non d'un contexte de négligence.

### 3.3.3. Comment transmettre ce concept ?

Premièrement, il faut définir l'objectif. Celui-ci est d'informer le corps médical et la population sur l'existence de la négligence bucco-dentaire. L'existence de deux catégories de destinataires (les professionnels de santé et la population) requiert une mise en place de deux stratégies différentes.

Pour informer les professionnels de santé, les institutions telles que la HAS, l'ONDAS ou les Conseils de l'Ordre, peuvent diffuser un courrier à l'ensemble des praticiens.

Un guide de bonnes pratiques ou une fiche explicative semble être le moyen le plus adapté pour que les professionnels de santé puissent recevoir une information claire et complète. Ces guides pourraient aussi être mis à disposition sur les sites internet de référence et incorporés dans les cours universitaires. Des explications complémentaires pourraient éventuellement être apportées lors des conférences regroupant un grand nombre de praticiens (telle que celle organisée par l'Association Dentaire de France ADF, par exemple).

De plus, une rubrique au sein des bulletins mensuels rédigés par le Conseil de l'Ordre ou d'autres revues peut aussi sembler appropriée (telles que La Lettre de l'Ordre ou l'Information Dentaire). En effet, ce support papier est distribué à l'ensemble des inscrits. Il permet de les tenir informés sur les innovations et l'actualité au sein de leur profession.

Concernant l'information au sein de la population française, seul le Ministère des Solidarités et de la Santé peut décider de commencer une campagne préventive à l'échelle nationale. Cette dernière s'annonce plus complexe car elle doit répondre à plusieurs critères (INPES 2012) :

- une étude du contexte de santé publique ;
- une étude comportementale du public concerné ;
- une définition d'un objectif puis d'une stratégie de communication ;
- une définition des enjeux de santé publique ;
- une détermination du budget ;
- un pré-test et une validation des choix.

Les messages de diffusion à la population doivent être simples et percutants, par exemple : « La santé bucco-dentaire de votre enfant : une conduite à ne pas négliger ».

Ils peuvent être diffusés par le biais :

- des médias (journaux, radios, publicités préventives, vidéos ou explications sur internet, cinéma) ;
- des affiches dans les cabinets médicaux ;
- des courriers M'T dent.

En raison de la complexité d'élaboration d'une campagne nationale et par le manque de recul de l'impact sur la santé publique de la négligence bucco-dentaire en France, il est évident que la première mesure à accomplir est d'informer le corps médical.

### 3.3.4. Perspectives d'avenir

#### 3.3.4.1. Elaboration d'une fiche explicative

Cette fiche explicative est un modèle qui pourrait servir à informer les chirurgiens-dentistes sur la négligence bucco-dentaire (figure 10). Un lien internet de référence peut compléter la fiche et permettre au chirurgien-dentiste d'avoir accès à des informations complémentaires.

#### 3.3.4.2. Vers une prise de conscience

En octobre dernier, un fait divers concernant le procès d'un père maltraitant a été rapporté dans les journaux de presse et télévisés. Selon le Parisien « les enfants de 3 et 4 ans, qui ont grandi dans un contexte de violence, ont été remis aux services sociaux. Ils souffraient de graves séquelles psychologiques. Leur père les nourrissait essentiellement avec du Coca-Cola. Il a été condamné par le tribunal de Limoges à 3 mois de prison ferme pour manquement à son obligation parentale envers ses deux enfants. Le chirurgien-dentiste qui a examiné le plus âgé a dû lui extraire 7 dents rongées par le sucre » (Lagier 2018).

Pour la première fois, une décision de justice concernant une négligence lourde implique la santé bucco-dentaire. Dans ce type de situations extrêmes (extractions multiples ou syndrome polycarieux), le chirurgien-dentiste pourrait se mettre en rapport avec le médecin scolaire. Un échange et une transmission des rapports de consultation pourraient être envisagés avec le consentement des parents. Cela permettrait une surveillance et un suivi de la situation de l'enfant.

Néanmoins, ce fait divers laisse présager une bonne avancée dans l'inclusion de la négligence bucco-dentaire comme critère de maltraitance.

Figure 10 : La négligence bucco-dentaire sous forme de fiche explicative à destination des chirurgiens-dentistes



## CONCLUSION

La maltraitance infantile revêt des formes variées et peut être à l'origine de conséquences sévères pour l'enfant. La négligence étant la forme de maltraitance la plus difficile à diagnostiquer, elle passe souvent inaperçue et s'installe dans le temps. Diagnostiquer et signaler ces cas n'impliquent pas systématiquement d'incriminer les parents. L'objectif principal est d'apporter à la famille les aides nécessaires au bon développement de l'enfant.

La négligence bucco-dentaire est l'échec du responsable légal à obtenir les soins dentaires nécessaires à la santé de l'enfant. La reconnaître comme critère de maltraitance infantile en France pourrait permettre aux chirurgiens-dentistes de jouer un rôle primordial dans la protection de l'enfance. Ils pourront apporter leur aide aux familles et participer aux équipes pluridisciplinaires en cas de suspicion d'une situation de négligence générale. Actuellement, il n'existe aucune contrainte juridique à son inclusion comme critère de maltraitance infantile. Cette notion non caractérisée en France reste à définir afin que le chirurgien-dentiste puisse être sensibilisé, informé et formé dans l'intérêt de l'enfant.

Ce travail peut servir de base de réflexion aux différents organismes de santé afin d'introduire la négligence bucco-dentaire au sein des critères de la maltraitance infantile.

« La bientraitance d'un enfant n'est jamais un cadeau ou l'effet de la chance. Au contraire, elle est une production humaine, jamais purement individuelle ou familiale, mais le résultat de l'effort de l'ensemble d'une société » (Barudy et Marquebreucq 2005).

## **BIBLIOGRAPHIE**

- Acharya S, Pentapati KC, Bhat PV. Dental neglect and adverse birth outcomes: a validation and observational study. *Int J Dent Hyg.* 2013;11(2):91-8.
- Alföldi F. *Evaluer en protection de l'enfance.* 4ème édition. Paris, France: Dunod; 2015.
- Ambroise-Rendu A-C. Le suicide ou les silences de la chronique des faits divers. *Romantisme.* 1997;27(97):77-88.
- American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatr Dent.* 2006;27(7):64-7.
- Arbonneau F, Foray H. Hypominéralisation molaires incisives. *Encycl Med Chir - Médecine buccale.* 2010;[28-200-C-10].
- Baptista AS, Laranjo E, Norton AA, Andrade DC de, Areias C, Macedo AP, et al. Dental Neglect, one type of child abuse - Narrative review. *MedicalExpress (São Paulo, online).* 2017;4(3):M170301.
- Basha S, Mohamed RN, Swamy HS, Ramamurthy PH, Sexena V. Caries Incidence Among Obese Adolescents: A 3-year Prospective Study. *Oral Health Prev Dent.* 2017;15(1):65-71.
- Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D. Abus, maltraitance et négligence : épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2014;62(5):299-312.
- Bongain A, Ejnes L, Durand-Reville M, Gillet J-Y. Toxicomanie et grossesse. *Encycl Med Chir - Obstétrique.* 2000;[5-048-P-10].
- Bradbury-Jones C, Innes N, Evans D, Ballantyne F, Taylor J. Dental neglect as a marker of broader neglect: a qualitative investigation of public health nurses' assessments of oral health in preschool children. *BMC Public Health.* 2013;13:370.
- Buxeraud J, Faure S. Les antibiotiques divers. *Actual Pharm.* 2016;55(558):24-7.
- Calvet L, Moisy M, Chardon O. Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge [Internet]. DREES; 2013. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er847.pdf>
- Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales. La négligence envers les enfants : bilan de connaissances [Internet]. CLIP; 2008. Disponible sur: <http://biblio.uqar.ca/archives/30162992.pdf>
- Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. La compréhension de la problématique de la négligence [Internet]. Université de Montréal; 2011. Disponible sur: <http://observatoiremaltraitance.ca/Documents/Compr%C3%A9hension%20n%C3%A9gligence.%202011-11-14.pdf>
- Chen D, Zhi Q, Zhou Y, Tao Y, Wu L, Lin H. Association between Dental Caries and BMI in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Caries Res.* 2018;52(3):230-45.
- Chourfi F. La construction de la loi du 5 mars 2007. Pour une analyse sociopolitique des mutations de la Protection de l'enfance. *Sociétés Jeunesse En Diffic [Internet].* 2010;(9). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/sejed/6715>
- Code Civil. Livre I, Titre V : Du mariage. [Internet]. 1804 p. 39-56. Disponible sur: <http://www.le-code-civil.fr/livre-ier-personnes-s6089697/titre-v-mariage-s6117710/>

- Code Civil. Article 371-1 [Internet]. 2013. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000027432064>
- Code civil. Article 375 [Internet]. 2016. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006426776>
- Code de la Santé Publique. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. mars 4, 2002.
- Code de la Santé Publique. Article R4127-42 [Internet]. 2004. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912905>
- Code de la Santé Publique. Article R4127-35 [Internet]. 2012. Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912897&dateTexte=20110210>
- Code de l'éducation. Article L131-1 [Internet]. 2000. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006524422&cidTexte=LEGITEXT000006071191>
- Code pénal. Article 227-15 [Internet]. 2006a. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006418047&dateTexte=&categorieLien=cid>
- Code pénal. Article 227-17 [Internet]. 2006b. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006418055&cidTexte=LEGITEXT000006070719>
- Delarue J. Prise en charge de la douleur de l'enfant [Internet]. Centre de documentation de l'AP-HP; 2018. Disponible sur: [http://aphp.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/106/files/2018/02/Douleur-de-lEnfant\\_2018.pdf](http://aphp.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/106/files/2018/02/Douleur-de-lEnfant_2018.pdf)
- Guillemot-Treffainguay V. La protection de l'enfant contre ses parents (1804-1958) [Thèse de doctorat: histoire du droit]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2017.
- Delessert Y. Mineurs confiés : risques majeurs ? 2e édition. Genève: IES éditions; 2000.
- Delfosse, Trentesaux. La carie précoce du jeune enfant. Editions CdP. Lille; 2015. (Memento).
- Department for Children Schools and Families. Departmental report 2008 [Internet]. The Stationery Office; 2008 [cité 1 févr 2019]. Disponible sur: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/324671/dcsf\\_departmental\\_report\\_2008.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/324671/dcsf_departmental_report_2008.pdf)
- Dessertine D. Un nouveau regard sur l'enfance. In: La société lyonnaise pour le sauvetage de l'enfance (1890 - 1960) [Internet]. Toulouse: ERES; 1990. p. 15-26. (ETHISS). Disponible sur: <https://www.cairn.info/societe-lyonnaise-pour-le-sauvetage-de-l-enfance--9782865861484-p-15.htm>
- Dourgnon P, Guillaume S, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 [Internet]. Les rapports de l'IRDES; 2012 [cité 1 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1886.pdf>
- Ducret L. Quelles sont les données épidémiologiques concernant le tabagisme et les co-addictions pendant la grossesse ? J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 10 avr 2008;34(1):55-66.
- De La Dure-Molla M, Naulin-Ifi C, Eid-Blanchot C. Carie et ses complications chez l'enfant. EMC - Odontol. 2013;2(8):1-11.

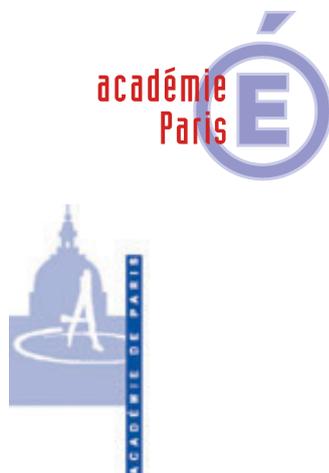
- El Hanaoui-Atif H. Le signalement des maltraitances à enfants par les médecins généralistes [Internet] [Thèse d'exercice : médecine]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2012.
- Fajnwaks D. La machine à déscolariser. *Lett Enfance Adolesc.* 2007;1(67):47-50.
- Franklin C., Harris J., Sidebotham P, Welbury R, Townsend R, Green M, Goodwin J. Child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. [Internet]. 2006 [cité 1 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.bda.org/dental-neglect>
- Gabel M, Manciaux M. *Enfances en danger*. Paris: Fleurus; 2002.
- Garret-Gloanez N, Pernel A, Parent A. Impact des négligences parentales chez l'enfant de moins de trois ans. *Encycl Méd Chir - Pédiopsychiatrie.* 2013; [37-208-A-85].
- Gaudin, James. Child Neglect: a guide for intervention [Internet]. Department of Health and Human Services; 1993 [cité 1 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.childwelfare.gov/pubs/usermanuals/neglect-93/>
- Ghasempour M, Hajian K, Moazzezi Z, Zovvar M. Relationship between BMI and Dental caries index in preschool children in Babol. *J Isfahan Dent Sch.* 2011;7(3):286-93.
- Grund K, Goddon I, Schüler IM, Lehmann T, Heinrich-Weltzien R. Clinical consequences of untreated dental caries in German 5- and 8-year-olds. *BMC Oral Health.* 2015;15(1):140.
- Harris CM, Welbury R, Cairns AM. The Scottish dental practitioner's role in managing child abuse and neglect. *Br Dent J.* 2013;214(9):E24.
- Harris J, Whittington A. Dental neglect in children. *Paediatr Child Health.* 1 nov 2016;26(11):478-84.
- Harris JC, Balmer RC, Sidebotham PD. British Society of Paediatric Dentistry: a policy document on dental neglect in children. *Int J Paediatr Dent.* 14 mai 2009; [Epub ahead of print].
- Haute Autorité de Santé. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [Internet]. Les cahiers de la HAS; 2014 [cité 23 avr 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance\\_enfant\\_rapport\\_d\\_elaboration.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf)
- Haute Autorité de Santé. Missions de la HAS [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2018 [cité 25 janv 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1002212/fr/missions-de-la-has](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1002212/fr/missions-de-la-has)
- Horwath J. Child Neglect: Identification and Assessment [Internet]. Macmillan International Higher Education; 2007. Disponible sur : [https://books.google.fr/books/about/Child\\_Neglect.html?id=6fgnBQAAQBAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.fr/books/about/Child_Neglect.html?id=6fgnBQAAQBAJ&redir_esc=y)
- Dubowitz H, Poole G. La négligence à l'égard des enfants : un tour d'horizon. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants [Internet]. Edition Thème. 2012 [cité 1 févr 2019]; Disponible sur: <http://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/textes-experts/fr/79/la-negligenca-a-legard-des-enfants-un-tour-dhorizon-.pdf>
- Idoux J. La cellulite cervico-faciale odontogène chez l'enfant : élaboration d'un protocole d'étude [Thèse d'exercice : chirurgie dentaire]. [Lille]: Université de Lille; 2018.
- INPES. L'élaboration d'une campagne : une méthodologie rigoureuse [Internet]. Santé publique France. 2012 [cité 1 févr 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/campagne-communication/elaboration-campagne.asp>
- Isaksson H, Alm A, Koch G, Birkhed D, Wendt LK. Caries prevalence in Swedish 20-year-olds in relation to their previous caries experience. *Caries Res.* 2013;47(3):234-42.
- Jeunes en difficulté de Montréal. Programme alliance : un réseau pour le mieux-être de l'enfant et sa famille [Internet]. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2012 [cité 1 févr

- 2019]. Disponible sur: [observatoiremaltraitance.ca/Documents/Programme-cadre%20montr%C3%A9alais%20en%20n%C3%A9gligence%202013.pdf](http://observatoiremaltraitance.ca/Documents/Programme-cadre%20montr%C3%A9alais%20en%20n%C3%A9gligence%202013.pdf)  
[observatoiremaltraitance.ca/Documents/Programme-cadre montréalais en négligence 2013.pdf](http://observatoiremaltraitance.ca/Documents/Programme-cadre%20montr%C3%A9alais%20en%20n%C3%A9gligence%202013.pdf)
- Jonas C. Dossier médical et secret professionnel dans les soins aux mineurs. *Enfances Psy.* 2008;2(39):76-87.
- Jordan AR, Becker N, Jöhren H-P, Zimmer S. Early Childhood Caries and Caries Experience in Permanent Dentition: A 15-year Cohort Study. *Swiss Dent J.* 2016;126(2):114-9.
- Joyce M. Dental neglect and professional responsibilities. *Dent Nurs.* 2013;9(6):346-9.
- Kahn-Bensaude I, Faroudja J-M. La protection de l'enfance : signalement et information préoccupante. [Internet]. Conseil de l'Ordre National des Médecins; 2010 [cité 2 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/protection%20de%20l%27enfance.pdf>
- Kaur H, Chaudhary S, Choudhary N, Manuja N, Chaitra TR, Amit SA. Child abuse: cross-sectional survey of general dentists. *J Oral Biol Craniofacial Res.* août 2016;6(2):118-23.
- Khadra-Eid J, Baudet D, Fourny M, Sellier E, Brun C, François P. Élaboration d'un score de dépistage des enfants à risque du syndrome du biberon. *Arch Pédiatrie.* 1 mars 2012;19(3):235-41.
- Kumar A, Puranik M, Sowmya KR. Dental neglect - a review. *Res Rev J Dent Sci* [Internet]. 2015;3(1). Disponible sur: <http://www.rroij.com/open-access/dental-neglect-a-review.php?aid=53395>
- Kwan SYL, Petersen PE, Pine CM, Borutta A. Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bull World Health Organ.* 2005;83(9):677-85.
- Lagier F. Un père condamné pour avoir nourri ses petits garçons avec du soda. *Le Parisien* [Internet]. 2018 [cité 26 janv 2019]; Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/faits-divers/un-pere-condamne-pour-avoir-nourri-ses-petits-garcons-avec-du-soda-24-10-2018-7927293.php>
- Lévy M. *Traité d'hygiène publique et privée.* Vol. 1. Paris: J.-B. Baillière; 1869.
- L'observation National de l'Enfance en Danger. Les 7 enjeux de la loi du 5 mars 2007 reformant la protection de l'enfance [Internet]. ONED; 2008 [cité 1 févr 2019]. Disponible sur: [file:///Users/sehili/Downloads/7enjeux\\_loi2007\\_oned\\_0.pdf](file:///Users/sehili/Downloads/7enjeux_loi2007_oned_0.pdf)
- Loochtan RM, Bross DC, Domoto PK. Dental neglect in children : definition, legal aspects, and challenges. *Child Abuse Negl.* 1986;8(1):113-6.
- Mallet K. *Défauts superficiels de l'émail dans le secteur antérieur : options thérapeutiques [Thèse d'exercice : chirurgie dentaire].* [Nantes]: Université de Nantes; 2016.
- Milin C. Diagnostic et traitement d'un volumineux kyste dentigère de l'enfant par marsupialisation. *Rev Odontostomatol (Paris).* 2012;(41):163-73.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. Missions du ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 [cité 26 janv 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/missions-du-ministere/article/missions-du-ministere-des-solidarite-et-de-la-sante>
- Myers JEB, Children APS on the A of. *The APSAC Handbook on Child Maltreatment.* [S. l.]: Sage; 2002.
- Nathanson M. *Maltraitance à enfants et adolescents. Savoir et soins infirmiers.* 2014;9(1):1-9.

- National Institute for Health and Care Excellence. Child abuse and neglect [Internet]. NICE guideline; 2017 [cité 1 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng76/resources/child-abuse-and-neglect-pdf-1837637587141>
- Naulin-Ifi. Odontologie pédiatrique clinique. Paris: CdP; 2011. (JPIO).
- Noirhomme-Renard F, Lafalize A, Gosset C. Les enfants négligés : le regard d'enseignants de classes maternelles et primaires. *J Pédiatrie Puériculture*. 2018;31(1):40-5.
- Norberg C, Hallström Stalin U, Matsson L, Thorngren-Jerneck K, Klingberg G. Body mass index (BMI) and dental caries in 5-year-old children from southern Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol*. août 2012;40(4):315-22.
- Nuzzolese E, Lepore MM, Montagna F, Marcario V, De Rosa S, Solarino B, et al. Child abuse and dental neglect: the dental team's role in identification and prevention. *Int J Dent Hyg*. 2009;7(2):96-101.
- Observatoire National de la Protection de l'Enfance. Les missions de l'ONPE [Internet]. 2018 [cité 26 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.onpe.gouv.fr/missions-lonpe>
- OCDE. Regards sur l'éducation 2018 [Internet]. OCDE Library. 2018 [cité 26 janv 2019]. Disponible sur: [https://read.oecd-ilibrary.org/education/regard-sur-l-education-2018\\_eag-2018-fr](https://read.oecd-ilibrary.org/education/regard-sur-l-education-2018_eag-2018-fr)
- Organisation mondiale de la santé. Santé et développement de l'adolescent : pour une programmation efficace [Internet]. OMS; 1999 [cité 2 janv 2019]. Disponible sur: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/trs\\_886/fr/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/trs_886/fr/)
- Organisation des Nations Unies. Convention internationale relative aux droits de l'enfant [Internet]. Humanium. 1989 [cité 2 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.humanium.org/fr/texte-integral-convention-internationale-relative-droits-enfant-1989/>
- Organisation mondiale de la santé. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données [Internet]. OMS; 2006 [cité 1 févr 2019]. Disponible sur: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43686/9789242594362\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43686/9789242594362_fre.pdf?sequence=1)
- Park CM, Welbury R. Current and historical involvement of dentistry in child protection and a glimpse of the future. *Oral Dis*. oct 2016;22(7):605-8.
- Petit D, Montplaisir J. Conséquences d'un court ou mauvais sommeil chez le jeune enfant. In: Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants [Internet]. Edition Thème. 2012 [cité 16 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.enfant-encyclopedie.com/sommeil/selon-experts/consequences-dun-court-ou-mauvais-sommeil-chez-le-jeune-enfant>
- Porcher R. Le consentement en droit médical. *Médecine Droit* [Internet]. 2018; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1246739118300873>
- Ramazani N, others. Child dental neglect: a short review. *Int J High Risk Behav Addict*. 2014;3(4):e21861.
- Ribeiro CCC, Silva MCB da, Nunes AMM, Thomaz EB de AF, Carmo CDS, Ribeiro MRC, et al. Overweight, obese, underweight, and frequency of sugar consumption as risk indicators for early childhood caries in Brazilian preschool children. *Int J Paediatr Dent*. nov 2017;27(6):532-9.
- Sacey F. Pères et Fils. *Le Temps*. 1875;62
- Sanchez J-L. L'observation de l'enfance en danger : guide méthodologique [Internet]. Observatoire national de l'action sociale décentrée; 2001 [cité 1 févr 2019]. Disponible sur: [http://odas.net/IMG/pdf/200105\\_Guide\\_methodo\\_Enfance\\_en\\_danger\\_2001.pdf](http://odas.net/IMG/pdf/200105_Guide_methodo_Enfance_en_danger_2001.pdf)

- Sauveur G, Ferkdadji L, Gilbert E, Mesbah M. Kystes des maxillaires. *Encycl Méd Chir - Médecine buccale*. 2016;[28-550-G-10].
- Scorca A, Santoro V, De Donno A, Grattagliano I, Tafuri S, Intronà F. Early childhood caries (ECC) and neglect in child care: analysis of an Italian sample. *Clin Ter*. 2013;164(5):365-71.
- Stevens CL. Is dental caries neglect? *Br Dent J*. 2014;217(9):499-500.
- Stheneur C, Mignot C. Repérage des situations de maltraitance psychologiques à l'adolescence. *Arch Pédiatrie*. 2012;19(6):213-4.
- Tardieu A. Necrologie. In: *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* [Internet]. 1879 [cité 19 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=page&cote=90141x1879x01&p=187>
- Tebano G, Pulcini C. Bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé : comment avancer ? *J Anti-Infect*. 2016;18(3):98-105.
- Tereno S, Soares I, Martins E. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*. 2007;19:151-88.
- The American Academy of Pediatric Dentistry's. Definition of Dental Neglect. *Pediatr Dent*. 2017;39(6):13.
- Thomson WM, Spencer AJ, Gaughwin A. Testing a child dental neglect scale in South Australia. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1996;24(5):351-6.
- Tursz A. Chapitre 2. Définitions et approche épidémiologique de la fréquence de la maltraitance en France. In: *Maltraitance chez l'enfant* [Internet]. Cachan: Lavoisier; 2013. p. 4-9. (Médecine Sciences). Disponible sur: <https://www.cairn.info/maltraitance-chez-l-enfant--9782257205773-p-4.htm>
- Vaysse F, Noirrit E, Bailleul-Forestier I, Bah A, Bandon D. Les anomalies de l'éruption dentaire. *Arch Pédiatrie*. 2010;17(6):756-7.
- Vigarello G. 4. L'intolérable de la maltraitance infantile Genèse de la loi sur la protection des enfants maltraités et moralement abandonnés en France. In: *Les constructions de l'intolérable* [Internet]. Paris: La Découverte; 2005 [cité 1 févr 2019]. p. 111-27. (Recherches). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-constructions-de-l-intolérable--9782707145109-p-111.htm>
- Welbury R. Dental neglect, child maltreatment, and the role of the dental profession. *Contemp Clin Dent*. 2016;7(3):285-6.

## ANNEXE 1



### **INFORMATION PREOCCUPANTE**

Adressé au  
Bureau de l'Aide Sociale à l'Enfance  
**CRIP 75**  
4Bis Boulevard Diderot  
75012 PARIS

- *Du **lundi au vendredi de 9 H à 19 H** et en cas d'urgence, l'information préoccupante doit être transmise à la **CRIP par fax 01 42 76 24 13** – tél 01 42 76 26 17*
- *En dehors des horaires d'ouverture de la CRIP, les informations préoccupantes d'une gravité certaine nécessitant une mise à l'abri immédiate du mineur sont transmises au Parquet des Mineurs **TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE PARIS** - fax 01 44 32 78 59 - tél de la permanence du Parquet des Mineurs 01 44 32 64 65*
- *Un double de l'information préoccupante doit être adressé à la **Direction Académique des Services de l'Education Nationale** à l'attention du **Service social en faveur des élèves** 12 Boulevard d'Indochine 75019 PARIS*
- *A tout moment, un conseil technique peut être demandé au **Service social en faveur des élèves** tél. 01 44 62 47 83*



## **MERE**

Nom Prénom :

Date de naissance :

État civil (célibataire, mariée, divorcée, concubine, veuve) :

Adresse :

## **FRATRIE**

(Nom Prénom, date de naissance, situation : scolarisé, apprenti, autre) :

**Nature des faits qui traduisent la réalité ou l'éventualité de la situation de danger ou de  
risque de danger (cadre : lieu – date (s) heure – conditions)**

*Les faits (déclenchement/situations/acteurs/ réactions/ conséquences)*

*Le contexte (historique/événements antérieurs/situation sociale)*

*N'hésitez pas à citer les paroles de l'enfant ou des témoins ou tierces personnes*

### **Éléments de la situation familiale**

*dont vous avez connaissance et qui permettent de mieux comprendre la situation actuelle (décès, déménagement, séparation, relations avec les enseignants...)*

### **Attitude et comportement observés chez l'enfant**

*(assiduité, cursus et résultats scolaires, orientation, comportement général, changements d'attitude)*

### **Information des parents de la présente transmission**

*Le signalant doit informer les parents détenteurs de l'autorité parentale du signalement sauf si cette information peut constituer un risque supplémentaire pour l'enfant ou entraver le déroulement de l'enquête*

### **Autres personnes ayant connaissance de la situation**

*L'assistante de service social de l'Éducation Nationale intervenant dans l'établissement ou bien le Service social en faveur des élèves au Rectorat de Paris*  
*Le médecin scolaire, l'infirmière de l'Éducation Nationale, service social départemental de secteur, DASES, l'Aide Sociale à l'Enfance, les intervenants des mesures éducatives (Action Éducative en Milieu Ouvert (AEMO), la Protection Judiciaire de la Jeunesse, éducateurs de prévention, associations périscolaires)*

## **Autres éléments**

**Avez-vous des propositions particulières à formuler qui pourraient aider l'enfant ?**

## ANNEXE 2

Dr.

Chirurgien-dentiste

Adresse postale:

☎ :

A , le / /

**Je soussigné(e)**, (personne exerçant l'autorité parentale) :

Nom :

Prénom :

Adresse :

**autorise le Dr. à pratiquer les soins nécessaires et les anesthésies  
éventuelles sur mon enfant :**

Nom :

Prénom :

Age :

Signatures des parents

## **TABLE DES ILLUSTRATIONS**

### **FIGURES :**

FIGURE 1 : CIRCUIT DE TRANSMISSION D'UNE SITUATION D'ENFANT EN DANGER OU A RISQUE DE DANGER DEPUIS LA LOI DU 5 MARS 2007.....	9
FIGURE 2 : ECHELLE DE GRAVITE DE LA NEGLIGENCE BUCCO-DENTAIRE .....	21
FIGURE 3 : SYNDROME POLYCARIEUX ET MAUVAISE HYGIENE BUCCO-DENTAIRE.....	25
FIGURE 4 : TRAUMATISME DENTAIRE – INTRUSION DE LA 51 (TARDIEU 2018).....	27
FIGURE 5 : ENFANT PRESENTANT UN SYNDROME DES CARIES PRECOCES DU JEUNE ENFANT (ECC) AVEC DES ATTEINTES SEVERES MULTIPLES .....	29
FIGURE 6 : HYPOPLASIE, HYPOMINERALISATION, DYSCHROMIE ET KYSTE FOLLICULAIRE CAUSES PAR UNE ATTEINTE INFECTIEUSE DES DENTS TEMPORAIRES (MILIN 2012; MALLET 2016) .....	35
FIGURE 7 : RAPPEL SUR L'IMC.....	36
FIGURE 8 : PATIENT PRESENTANT UNE CELLULITE CERVICO-FACIALE CAUSEE PAR UNE DENT TEMPORAIRE .....	38
FIGURE 9 : FICHE EXPLICATIVE DU PROGRAMME M'T DENTS .....	42
FIGURE 10 : LA NEGLIGENCE BUCCO-DENTAIRE SOUS FORME DE FICHE EXPLICATIVE A DESTINATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES .....	50

### **TABLEAUX :**

TABLEAU 1 : SITUATIONS DE NEGLIGENCE BUCCO-DENTAIRE ET VIGNETTES CLINIQUES .....	17
--	----

**Les opinions émises dans les dissertations présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ni improbation de la Faculté de Chirurgie Dentaire.**

**SEHILI Ferial. La négligence de la santé bucco-dentaire des enfants : un critère de maltraitance infantile ? 2019 67 p. : ill., tabl. Réf. Biblio. : (53-58).**

**Sous la direction du Docteur NGO Bich-Tien et la co-direction du Professeur DE LA DURE-MOLLA Muriel**

**Th : Chir Dent. : Paris 7 : année 2019**

---

**RESUME :**

Aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, la négligence médicale chez les enfants a été élargie aux soins dentaires. Cette nouvelle notion non caractérisée en France appelée le *dental neglect* ou la négligence bucco-dentaire, se définit comme étant :

- l'échec délibéré du parent à consulter, à traiter et à assurer un suivi dentaire ;
- l'absence de prise en compte des conséquences d'une mauvaise santé bucco-dentaire sur la santé de l'enfant.

Dans ces pays, un protocole ainsi que des directives ont été établis.

En France, reconnaître la négligence bucco-dentaire comme critère de maltraitance infantile permettrait aux chirurgiens-dentistes de jouer un rôle primordial dans la protection de l'enfance. Ces derniers pourraient apporter leur aide aux familles en cas de négligence bucco-dentaire et participer aux échanges pluridisciplinaire en cas de suspicion d'une situation de négligence générale.

---

**Dental Neglect : a type of child abuse ?**

---

**DISCIPLINE :** Odontologie pédiatrique – Santé publique

---

**MOTS-CLES Français :** caries dentaires (FMeSH), enfant (FMeSH), maltraitance des enfants (FMeSH), pédodontie (FMeSH), santé bucco-dentaire (FMeSH), protection de l'enfance (FMeSH), droit de l'enfant, information préoccupante, maltraitance infantile, négligence bucco-dentaire, négligence médicale, odontologie pédiatrique, prévention, signalement.

---

**MOTS-CLES Anglais :** dental caries (MeSH), child (MeSH), child abuse (MeSH), pediatric dentistry (MeSH), oral health (MeSH), child welfare (MeSH), child maltreatment, dental decay, dental neglect, mandate, neglect, oral neglect, prevention, registry.

---