



HAL
open science

La maltraitance des enfants et des adolescents, rôle du chirurgien-dentiste

Marina Mereu

► **To cite this version:**

Marina Mereu. La maltraitance des enfants et des adolescents, rôle du chirurgien-dentiste. Chirurgie. 2021. dumas-03348775

HAL Id: dumas-03348775

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03348775v1>

Submitted on 20 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

THESE

***POUR OBTENIR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE***

Présentée et publiquement soutenue devant la

Faculté d'Odontologie de Marseille
(Doyen : Monsieur le Professeur Bruno FOTI)

Aix-Marseille Université
(Président : Monsieur le Professeur Éric BERTON)

***La maltraitance des enfants et des adolescents, rôle
du chirurgien-dentiste.***

Présentée par

MEREU Marina

Né(e) le 06 octobre 1994

A Aubagne

Thèse soutenue le **Mercredi 6 Janvier 2021**

Devant le jury composé de

Président : Professeur TARDIEU Corinne

Assesseurs : Docteur ALAZAWI Hala

Docteur CAMOIN Ariane

Docteur GUIVARC'H Maud

THESE

***POUR OBTENIR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE***

Présentée et publiquement soutenue devant la

Faculté d'Odontologie de Marseille
(Doyen : Monsieur le Professeur Bruno FOTI)

Aix-Marseille Université
(Président : Monsieur le Professeur Éric BERTON)

***La maltraitance des enfants et des adolescents, rôle
du chirurgien-dentiste.***

Présentée par

MEREU Marina

Né(e) le 06 octobre 1994

A Aubagne

Thèse soutenue le **Mercredi 6 Janvier 2021**

Devant le jury composé de

Président : Professeur TARDIEU Corinne

Assesseurs : Docteur AL AZAWI hala

Docteur CAMOIN Ariane

Docteur GUIVARC'H Maud

ADMINISTRATION

Mise à jour : mars 2020

Doyens Honoraires

Professeur	Professeur	Raymond SANGIUOLO†
r		Henry ZATTARA
Professeur		André SALVADORI
Professeur		Jacques DEJOU

Doyen Assesseurs

Professeur		Bruno FOTI
	Professeur	Michel RUQUET
	Professeur	Anne RASKIN

Directeurs de Départements

Formation Initiale	Professeur	Michel RUQUET
Recherche	Professeur	Anne RASKIN
Formation Continue	Professeur	Frédéric BUKIET

Charges de missions

Relations Internationales	Professeur	Hervé TASSERY
Internat et Diplômes d'études spécialisées	Professeur	Virginie MONNET-CORTI
Affaires générales	Docteur	Patrick TAVITIAN

Responsable des Services Administratifs et Techniques Madame Katia LEONI

LISTE DES ENSEIGNANTS

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES CSERD

BUKIET Frédéric⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
FOTI Bruno ⁽⁵⁶⁻⁰²⁾
MONNET-CORTI Virginie⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾
ORTHLIEB Jean-Daniel ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
RASKIN Anne ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
RUQUET Michel ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
TARDIEU Corinne ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾
TARDIVO Delphine⁽⁵⁶⁻⁰²⁾
TASSERY Hervé⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ABOUT Imad ⁽⁶⁵⁾

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES CSERD

ABOUDHARAM Gérard ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾	LAURENT Michel ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
BANDON Daniel ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾	LAURENT Patrick ⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾
BELLONI Didier ⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾	LE GALL Michel ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾
BOHAR Jacques ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾	MAILLE Gérald ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
CAMOIN Ariane ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾	PHILIP-ALLIEZ Camille ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾
CAMPANA Fabrice ⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾	POMMEL Ludovic ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
CATHERINE Jean-Hugues ⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾	PRECKEL Bernard-Éric ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
GAUBERT Jacques ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾	RÉ Jean-Philippe ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
GIRAUD Thomas ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾	ROCHE-POGGI Philippe ⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾
GIRAUDEAU Anne ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾	STEPHAN Grégory ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
GUIVARC'H Maud ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾	TAVITIAN Patrick ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
JACQUOT Bruno ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾	TERRER Elodie ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
LABORDE Gilles ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾	TOSELLO Alain ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
LAN Romain ⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES ASSOCIES

BLANCHET Isabelle ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾
MENSE Chloé⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾

ASSISTANTS HOSPITALIERS ET UNIVERSITAIRES

AL AZAWI Hala ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾	HAHN-GOLETTI Larissa ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
ANTEZACK Angeline ⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾	LIOTARD Alica ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
ARNIER Canelle ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾	MANSUY Charlotte ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
BACHET-DORISON Damienne ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾	MARTIN William ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾
BALLESTER Benoît ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾	MATTERA Rémi ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾
CAMBON Isabelle ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾	MELLOUL Sébastien ⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾
CASAZZA Estelle ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾	PARFU Anne ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
CASTRO Romain ⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾	PASCHEL Laura ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
DAVID Laura ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾	PILLIOL Virginie ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
DEVICTOR Alix ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾	REPETTO Andréa ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
DODDS Mélina ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾	ROMANET Yvan ⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾
DRAUSSIN Thierry ⁽⁵⁶⁻⁰²⁾	SANTUNIONE Charlotte ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
DUMAS Cathy ⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾	SILVESTRI Frédéric ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
HADJ-SAID Mehdi ⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾	VINAÏ Michael ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾

ASSISTANTS DES UNIVERSITES ASSOCIES

HOUVENAEGHEL Brice⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾
LE FOURNIS Chloé⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾

Intitulés des sections CNU :

- 56^{ème} section : Développement, croissance et prévention
- 56-01 Odontologie pédiatrique et orthopédie dento-faciale
- 56-02 : Prévention – Epidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale
- 57^{ème} section : Chirurgie orale ; Parodontologie ; Biologie Orale
- 57-01 : Chirurgie orale – Parodontologie – Biologie orale
- 58^{ème} section : Réhabilitation orale
- 58-01 : Dentisterie restauratrice – Endodontie – Prothèses – Fonction-Dysfonction – Imagerie – Biomatériaux

L'auteur s'engage à respecter les droits des tiers, et notamment les droits de propriété intellectuelle. Dans l'hypothèse où la thèse comporterait des éléments protégés par un droit quelconque, l'auteur doit solliciter les autorisations nécessaires à leur utilisation, leur reproduction et leur représentation auprès du ou des titulaires des droits. L'auteur est responsable du contenu de sa thèse. Il garantit l'Université contre tout recours. Elle ne pourra en aucun cas être tenue responsable de l'atteinte aux droits d'un tiers

REMERCIEMENTS

A Madame la Présidente du Jury,

Madame le Professeur Corinne TARDIEU.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider le Jury de cette thèse. Je vous remercie du partage de vos expériences professionnelles et de votre savoir-faire sur ce sujet, et tout au long de mon parcours universitaire.

Avec mes remerciements, je vous prie de croire en l'expression la plus sincère de mon estime et de mon profond respect.

Aux Membres du Jury de thèse,

Madame le Docteur Maud GUIVARC'H,

Je tiens à vous remercier pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de faire partie de ce Jury. Je vous remercie pour votre disponibilité et votre gentillesse, que j'ai pu apprécier tout au long de mes études.

Madame le Docteur Ariane CAMOIN,

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Mais aussi pour votre savoir-faire que vous transmettez avec gentillesse et dévouement.

Veillez trouver ici l'expression de mes remerciements les plus sincères.

Madame le Docteur Hala AL AZAWI,

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté sans hésitation la direction de ce sujet de thèse si particulier. Merci pour votre disponibilité, votre gentillesse, et votre dévouement. Je vous remercie d'avoir eu confiance en moi, et de m'avoir tant apporté tout au long de ce travail mais aussi pendant mon parcours hospitalier.

Pour le temps, l'attention et l'aide que vous m'avez apporté, un grand merci.

SOMMAIRE :

Introduction.....	1
I.Généralités sur la maltraitance chez l'enfant et l'adolescent	2
1. Les différents types de maltraitance	3
1.1. La maltraitance physique	3
1.1.1. Les châtiments corporels.....	3
1.1.2. Sévérité des violences physiques	4
1.2. La maltraitance psychologique.....	4
1.3. La maltraitance sexuelle.....	5
1.4. La négligence	6
2. Aspect épidémiologique	6
2.1. Prévalence.....	6
2.1.1. Epidémiologie à l'échelle mondiale selon l'OMS	8
2.1.2. Maltraitance physique	9
2.1.3. Maltraitance sexuelle.....	10
2.1.4. Signalement.....	10
2.2. Sous-estimation de la maltraitance.....	11
3. Facteurs de risque selon l'OMS.....	11
3.1. Caractéristiques de l'enfant maltraité.....	11
3.2. Caractéristiques liées à son environnement.....	11
3.3. Facteurs de risques liés à l'enfant	12
3.4. Facteurs de risques liés à l'auteur	12
II.Rôle du chirurgien-dentiste dans le diagnostic.....	13
1. En première ligne face à la maltraitance.....	13
1.1. De par sa spécialité	13
1.2. De par sa consultation caractéristique.....	13
2. Diagnostic des signes de maltraitance physique	13
2.1. Les lésions intra-orales	14
2.1.1. Lésions traumatiques.....	14
2.1.2. Lésions des lèvres	20
2.1.3. Lésions des muqueuses.....	21
2.1.4. Lésions de la langue.....	21

2.1.5.	Caractéristiques des lésions	22
2.2.	Les lésions extra-orales	22
2.2.1.	Lésions cutanées	22
2.2.2.	Lésions des os de la face	28
2.2.3.	Troubles du comportement.....	31
2.2.4.	Quand suspecter une maltraitance physique ? Par National Institute for Health and Care Excellence (N.I.C.E).....	32
3.	Diagnostic des signes de maltraitance psychologique	34
3.1.	Définition	34
3.2.	Troubles du comportement	35
3.3.	Quand suspecter une maltraitance psychologique? Par National Institute for Health and Care Excellence	35
4.	Diagnostic des signes de maltraitance sexuelle.....	37
4.1.	Signes cliniques oraux de la maltraitance sexuelle	37
4.2.	Troubles du comportement	38
4.3.	Quand suspecter une maltraitance sexuelle ? Par National Institute for Health and Care Excellence	38
4.3.1.	Infections sexuellement transmissibles	38
4.3.2.	Grossesse.....	38
5.	Diagnostic des signes de négligence.....	39
5.1.	La négligence	39
5.2.	La négligence bucco-dentaire.....	40
5.3.	Quand suspecter une négligence ? Par National Institute for Health and Care Excellence.....	41
5.3.1.	Les besoins fondamentaux	41
5.3.2.	La malnutrition.....	42
5.3.3.	La supervision	42
6.	Diagnostic différentiel	43
6.1.	Diagnostic différentiel de la maltraitance physique.....	43
6.1.1.	Diagnostic différentiel des lésions extra-orales.....	43
6.1.2.	Diagnostic différentiel des lésions intra-orales	46
6.2.	Diagnostic différentiel de la maltraitance sexuelle	46
6.3.	Diagnostic différentiel de la maltraitance psychologique	46
6.4.	Diagnostic différentiel de la négligence bucco-dentaire.....	46
III.	Rôle du chirurgien-dentiste dans la prise en charge.....	47

1. Réglementation	47
1.1. Textes de loi	47
1.2. Certificat médical initial	49
1.3. Secret professionnel et dérogation	53
1.4. Prise en charge pluridisciplinaire	54
2. La consultation	55
2.1. Au cours de l'entretien avec l'entourage de l'enfant	55
2.2. Au cours de l'entretien avec l'enfant	55
3. Conduite à tenir	55
3.1. Quand ?	55
3.2. A qui ?	56
3.2.1. La transmission d'information préoccupante au CRIP	56
3.2.2. Signalement au procureur de la République	56
3.2.3. Récapitulatif	58
3.3. Comment signaler ?	58
3.3.1. La rédaction d'une information préoccupante/ d'un signalement	58
3.3.2. Suites administratives et judiciaires	62
IV.Cas clinique décrit dans la littérature	65
Conclusion	67
Annexe 1	69
Annexe 2	91
Bibliographie	93

Introduction

D'un point de vue médical, la prise de conscience de la gravité de la maltraitance infantile remonte à la fin du XIXe siècle. Ambroise Tardieu, médecin légiste parisien, décrira 32 cas de « syndrome de l'enfant battu ». C'est grâce à John Caffey, un siècle plus tard, que la maltraitance sera reconnue comme pathologie sociale. La définition du « syndrome d'enfant battu » sera introduite par le Docteur Kempe en 1962. Cette définition prenait en compte seulement les aspects physiques de la maltraitance. Elle sera par la suite complétée dans « La Maltraitance et la Négligence », en incluant l'abus physique, sexuel, psychologique ainsi que la négligence.¹

D'un point de vue législatif, le droit des enfants a toujours existé mais il consistait en un ensemble de droits que les adultes avaient sur l'enfant. Le droit romain et l'Ancien Droit français voyaient en l'enfant l'objet de la puissance paternelle et l'avenir de la lignée. Au XIXème siècle, les mentalités changent, le droit préconise de protéger l'enfant. On note une amélioration concernant le droit pénal ou l'éducation datant du lendemain de la Seconde Guerre mondiale.² La notion de maltraitance est introduite par la loi du 10 juillet 1989. En effet, la Convention internationale des droits de l'enfant promulguée par l'ONU en 1989 vise à protéger l'enfant contre toute forme de violence par des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives.

En 2007, la prévention, les dispositifs d'alerte, l'évaluation du danger et la prise en charge des enfants vont être réformés par la loi du 5 mars 2007.³

Aujourd'hui, la maltraitance est définie par les violences, de toutes les formes de mauvais traitement physique, affectif ou de sévices sexuels, ainsi que tout traitement négligent entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé physique, psychologique ou le développement de l'enfant.³ Est considéré comme enfant tout être humain âgé de moins de 18ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt.⁴

Ce sujet constitue une problématique majeure de santé publique. Un quart des adultes déclarent avoir subi des violences physiques dans leur enfance. Une femme sur 5 et un homme sur 13 se disent avoir été victimes de sévices sexuelles dans leur enfance. Ce qui fait de ce phénomène un problème mondial, complexe, aux conséquences graves pour les victimes.³ Plus de 50% des traumatismes infligés concernent la face, le crâne et la cavité orale. Le chirurgien-dentiste, de par sa spécialité centrée sur la zone tête et cou, est en première ligne face au dépistage et au signalement de la maltraitance infantile.⁵

A travers une thèse bibliographique, ce travail permet d'étudier le rôle du chirurgien-dentiste dans le diagnostic et la prise en charge de la maltraitance des enfants et des adolescents. La première partie a pour but d'informer sur les différentes formes de maltraitements, de faire prendre conscience et d'aider les professionnels de santé à identifier les signes physiques et psychologiques de la maltraitance.

La seconde partie vise à définir le rôle du chirurgien-dentiste dans la prise en charge de la maltraitance, ainsi que de déterminer à quel moment il faut agir, à qui et comment signaler une maltraitance en fonction des cas.

I. Généralités sur la maltraitance chez l'enfant et l'adolescent

D'après la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1999) « La maltraitance de l'enfant s'entend de toutes les formes de mauvais traitement physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. »

Cette définition est basée sur le terme « mauvais traitement », nous pouvons alors nous questionner sur la limite entre le bon et le mauvais traitement et la limite entre maltraitance et méthodes éducatives. Une fessée est-elle considérée comme un mauvais traitement ? Ou bien tirer les cheveux ? Une claque ? Deux claques ? Certains traitements, s'ils sont justifiés, appartiennent aux méthodes éducatives et non à la maltraitance ?

Hormis des situations graves de maltraitance, il est difficile de distinguer clairement et précisément la maltraitance de la non-maltraitance. La loi du 10 juillet 2019 relative à l'interdiction des violences éducatives ordinaires prône une autorité parentale sans violences physiques ou psychologiques.⁶ La maltraitance reste mal connue dans la société et dans le monde professionnel. Elle est citée dans les faits divers comme un événement ponctuel et face auquel les professionnels de santé sont démunis pour résoudre ce problème.

Historiquement, le XX^{ème} siècle a été marqué par un intérêt grandissant pour l'enfant, leur droit, leur développement, et leur place dans la société.

Bien traiter un enfant c'est satisfaire ses besoins fondamentaux (manger, dormir, être propre sur soi mais aussi recevoir de l'amour et avoir un sentiment de sécurité) autrement, on peut parler de danger. Ce qui constitue la maltraitance est la négligence de ses besoins fondamentaux, la systématisation de la brutalité infligée sous prétexte de méthode éducative et le caractère excessif des actes par rapport à l'âge et aux capacités de l'enfant (gifler un bébé), par rapport aux circonstances (humilier un enfant), par rapport à la confiance et au besoin d'amour (terroriser un enfant ; arracher son jouet favori).⁷

De cette définition ressortent 4 types de maltraitance chez l'enfant et l'adolescent.

1. Les différents types de maltraitance

1.1. La maltraitance physique

La maltraitance physique est définie par l'OMS comme des actes infligés aux enfants et adolescents entraînant des dommages corporels ou risquant d'en entraîner. Cette forme de maltraitance se divise en deux parties selon l'OMS : les châtiments corporels sévères et les châtiments corporels modérés.

1.1.1. Les châtiments corporels

Les châtiments corporels comprennent :

- Les coups : Le syndrome de l'enfant battu est un des syndromes de la maltraitance. Ce syndrome concerne des enfants qui présentent des lésions à répétition de la peau, du squelette ou du système nerveux. On peut trouver aussi de multiples fractures récentes et/ou anciennes ainsi que des traumatismes crâniens, des lésions viscérales graves avec preuve de coups répétés.⁸
- Les morsures : Les morsures sont causées par d'autres enfants ou adultes dans le cadre d'une forme inappropriée de sanction. Les morsures rentrent aussi dans le cadre de la maltraitance sexuelle qui touche plus fréquemment les adolescents.⁹
- Le secouement : le secouement est une forme de maltraitance courante. Cette forme de violence concerne les nourrissons. La majorité des nourrissons secoués sont âgés de moins de neuf mois. Les victimes de secouement risquent des hémorragies intracrâniennes, des hémorragies rétiniennes, des fractures cunéennes des principales articulations et des extrémités. L'OMS décrit les décès d'environ un tiers des nourrissons secoués. La majorité des survivants décriront des séquelles à long terme comme des retards mentaux, une infirmité motrice, cérébrale ou une cécité.
- L'empoisonnement intentionnel est une forme rare de maltraitance physique mais il est important de le citer car il est à risque très élevé de morbidité et mortalité. L'empoisonnement peut entraîner des troubles du métabolisme, des symptômes gastro-intestinaux, des maladies hémorragiques et des symptômes neurologiques.¹⁰
- Les brûlures : Les brûlures peuvent être causées intentionnellement par des cigarettes ou par des objets chauds appliqués sur le corps de l'enfant. En intra-orales, elles peuvent être causées par une ingestion forcée d'aliments chauds ou caustiques.⁹
- La noyade est une forme de maltraitance physique difficile à distinguer de la noyade accidentelle ou d'une mort naturelle soudaine. Cette maltraitance concerne généralement les jeunes enfants ou nourrissons.¹¹
- L'étranglement.
- On peut ajouter à la liste le syndrome de Münchhausen par procuration : Ce syndrome constitue une pathomimie, c'est-à-dire un trouble factice. Il faut comprendre le

mot « factice » comme « fabriqué » et non comme « faux ». C'est la production de symptômes chez un enfant, fabriqué par un adulte. L'adulte profite ainsi des bénéfices secondaires de la maladie à travers son enfant. Le syndrome de Münchhausen par procuration fait partie des maltraitances physiques graves, où le système de soins est instrumentalisé. Les symptômes décrits au corps médical sont souvent organiques (malaise, troubles neurologiques ou digestifs) mais peuvent également être psychiatriques. Ces symptômes sont falsifiés et entretenus par l'adulte. Il s'en suit des examens diagnostiques pouvant aller jusqu'aux examens invasifs, et parfois jusqu'au traitement plus ou moins invasifs à la demande de l'adulte.

12

1.1.2. Sévérité des violences physiques

Les maltraitances physiques peuvent être classifiées selon la sévérité des violences.¹³

Violences physiques de faible gravité	Abrasions et/ou petites ecchymoses
Violences physiques de moyenne gravité	Ecchymoses moyennes et/ou brûlures et/ou fracture unique
Violences physiques sévères	Larges zones de brûlure et/ou multiples fractures et/ou blessures mortelles

1.2. La maltraitance psychologique

La maltraitance psychologique est une maltraitance émotionnelle permanente et récurrente dans le but de nuire à la santé et au développement affectif de l'enfant ou de l'adolescent. On accorde moins d'attention à cette forme de maltraitance comparé aux maltraitances physiques et sexuelles. Il est difficile de définir la limite entre éducation avec des méthodes non violentes et maltraitance psychologique. Cette maltraitance consiste à persuader l'enfant qu'il n'est pas légitime, qu'il est sans valeur, mal aimé, considéré seulement en cas de besoin. Cela comprend l'humiliation, les menaces d'abandon et de coups, les insultes, les cris, le harcèlement, l'exploitation ou la corruption de l'enfant, provoquant peur et sentiment de danger.¹¹

A tout âge, la maltraitance psychologique peut se traduire par une discontinuité des interactions, humiliations répétées, insultes, exigences excessives, emprise, injonctions paradoxales. Chez le nourrisson, la maltraitance psychologique généralement exprimée par un défaut d'attachement peut avoir pour conséquence des troubles des interactions précoces.³

1.3. La maltraitance sexuelle

La maltraitance sexuelle envers un mineur (personne âgée de moins de 18 ans) est définie par le fait de forcer ou d'inciter à prendre part à une activité sexuelle. Elle constitue une atteinte à son intégrité physique et psychique, le mineur n'ayant pas la maturité et le développement suffisant pour en comprendre le sens ainsi que les conséquences.¹⁴

Hors agression sexuelle, une atteinte sexuelle sur un mineur de moins de 15 ans est considérée comme de la maltraitance sexuelle,¹⁵ la majorité sexuelle étant atteinte à 15ans.

Est définie comme maltraitance sexuelle, les atteintes sexuelles sans violence, contrainte, ni menace sur mineur de plus de 15 ans, lorsqu'elles sont commises par une personne ayant une autorité de droit ou de fait.¹⁶

La maltraitance sexuelle comprend les actes forcés, infligés à un enfant ou un adolescent, ou le fait de séduire l'enfant pour prendre part à une activité sexuelle. Cela comprend la prostitution, peu importe si l'enfant est consentant. L'abus sexuel se traduit par des actes pénétrants (rapports oraux, génitaux et anaux) ou des actes non-pénétrants (attouchement, baiser).⁹

Le terme « pédopiégeage » correspond à un processus utilisé par un pédophile pour préparer un enfant à une relation physique future. Celui-ci gagne la confiance de l'enfant en cassant certaines barrières de l'enfant ou de l'adolescent et surmonte ces obstacles pour arriver à ses fins. Une fois ces systèmes de protection abolis, l'enfant est manipulé, il est responsabilisé et croit qu'une relation avec un adulte est acceptable. Une fois l'enfant mis en confiance, il est persuadé que la relation doit rester secrète. Le pédopiégeage peut prendre plusieurs formes : faire prendre une douche à l'enfant pour s'ouvrir à la nudité, ou lui faire regarder de la pornographie pour le désensibiliser progressivement à leur contenu sexuel.¹⁷

Les violences sexuelles ne sont pas que physiques. Elles comprennent toutes formes d'incitations avec emprise psychologique comme imposer à un mineur de regarder ou de participer à des photographies ou des vidéos pornographiques. ⁹Les progrès du high-tech et surtout d'internet préoccupent concernant la diffusion d'images pédopornographiques et la corruption de mineur, ainsi que la formation de réseau pédophile qui incite la cybercriminalité.

1.4. La négligence

La négligence est définie comme une privation ou un défaut de soins, une inattention des parents ou tuteurs dans différents domaines :

- La santé ou l'accès aux soins médicaux
- L'éducation
- Le développement affectif (négligence ou insensibilité aux besoins émotionnels de l'enfant)
- La nutrition
- Le foyer familial incluant l'exclusion du domicile ou l'abandon
- Les conditions de vie (alimentation adéquate, vêtements, abri décent.)
- Ne pas protéger l'enfant d'un danger ou d'une situation pouvant le nuire.
- La négligence peut se produire dès la grossesse avec l'abus de substance toxique. 9

La négligence diffère de la pauvreté. La différence se résume par une privation de l'enfant ou l'adolescent malgré des ressources raisonnables.

2. Aspect épidémiologique

2.1. Prévalence

La maltraitance infantile est un problème de santé publique et social majeur. Plus de 80% des maltraitements sur enfants sont commis par les parents.¹³

L'Observatoire National de la protection de l'enfance réalise une estimation du nombre d'enfants et d'adolescents pris en charge en protection de l'enfance à partir des données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ), avec le nombre de mineurs en assistance éducative aux tableaux de bord des tribunaux pour enfants.¹⁸

Au 31 décembre 2018, dans la France entière, on estimait à 306 800 le nombre d'enfants pris en charge par la protection de l'enfance, soit 21‰ des moins de 18ans. En 2007, on estimait à 265 255 le nombre d'enfants suivis par la protection de l'enfance, soit 18,3 pour mille des moins de 18ans.¹⁸

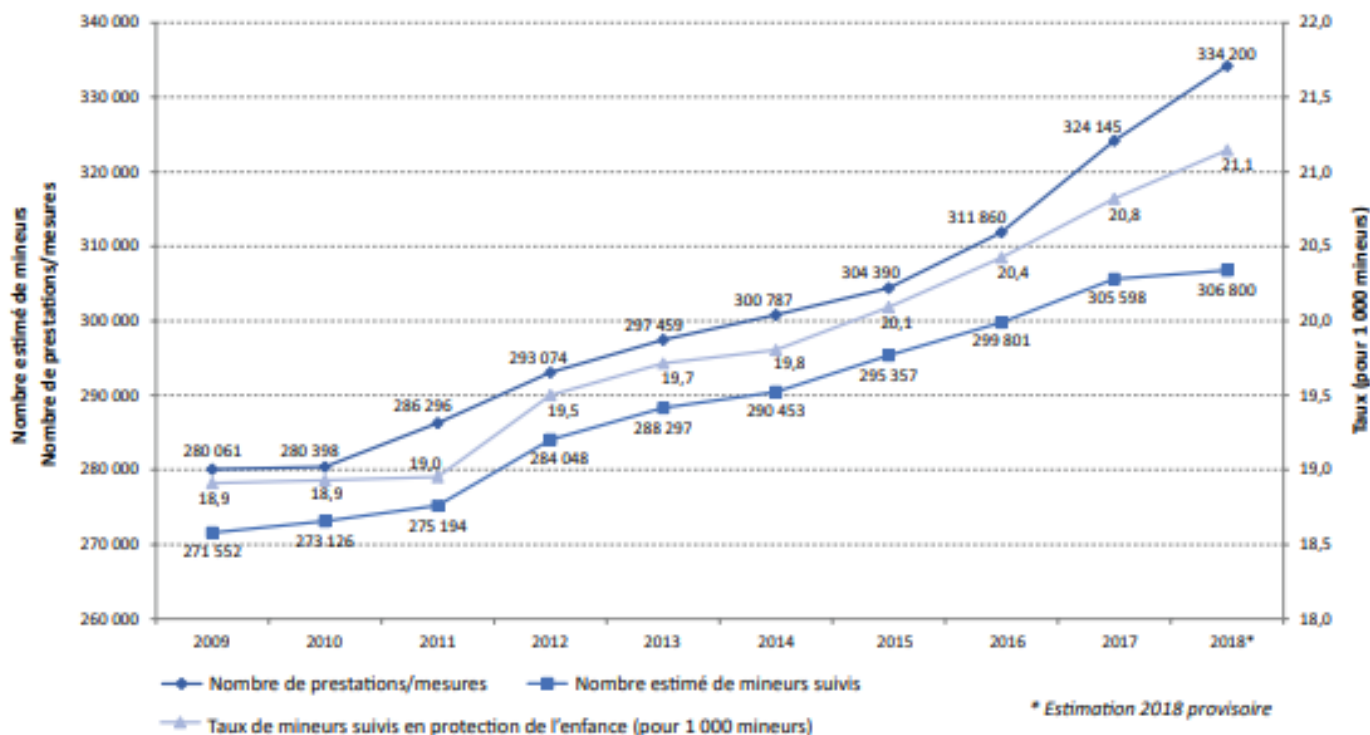


Figure 1. Evolution des prises en charge des mineurs en protection de l'enfance de 2009 à 2018.¹⁸

Ce graphique représente l'évolution des prestations et mesures dans la prise en charge des mineurs en protection de l'enfance, de 2009 à 2018, en pourcentage. On note une augmentation significative de prise en charge jusqu'à atteindre près de 306 800 mineurs suivis et près de 334 200 nombres de prestations/mesures en 2019, soit 21‰ (contre 18,3‰ en 2009).

En 2018, 269 000 appels ont été reçus par le service du 119. 29.1% des appels concernés des violences psychologiques, 22.7% des négligences lourdes, 20% des violences physiques et 3.6% des violences sexuelles. Plusieurs dangers évoqués lors des appels pouvaient être associés à une même situation. Les appels au 119 sont, dans près de 16.6% des cas, émis par un mineur dont 12.2% sont émis par l'enfant maltraité.¹⁸

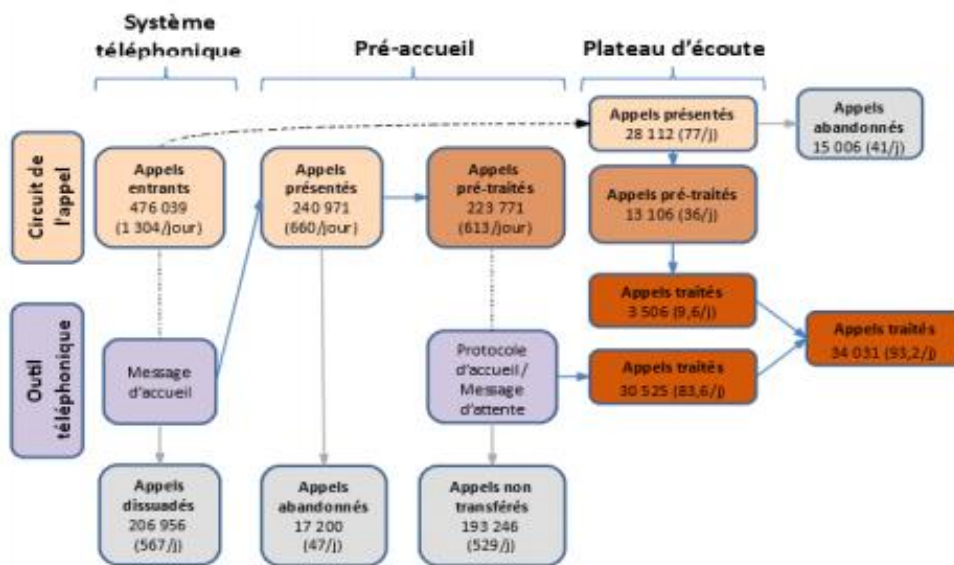


Figure 2. Les données statistiques annuelles du 119.¹⁸

35618 enfants pour lesquels un danger est évoqué sont concernés par ces appels traités, surtout pour des faits de violences physique et psychologiques malgré que une négligence en augmentation.¹⁸

Selon le ministère de l'Education nationale, l'enquête de 2013 de la direction générale de l'enseignement scolaire dénombre 38 896 élèves soit 3.9% des élèves scolarisés, concernés par une transmission d'information préoccupante au président du Conseil général, ou par un signalement au procureur de la République.¹⁸

2.1.1. Epidémiologie à l'échelle mondiale selon l'OMS

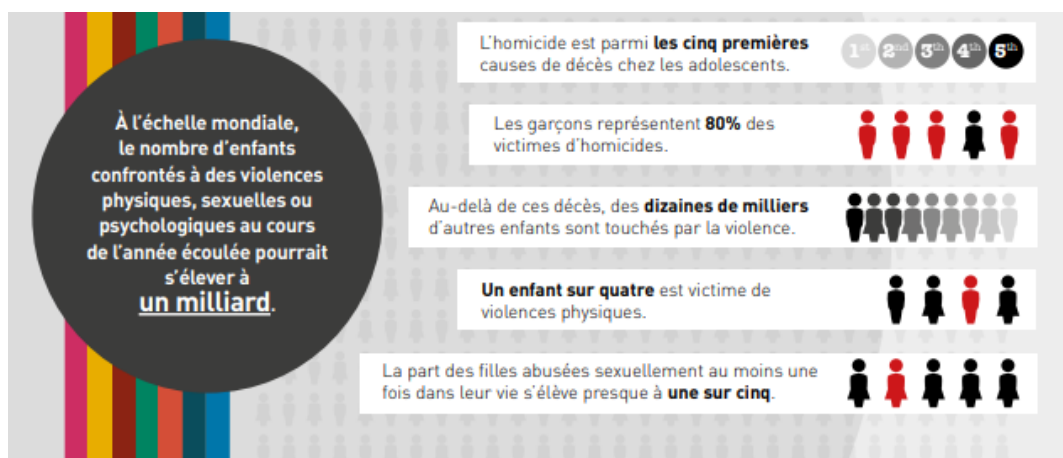


Figure 3. Ampleur de la violence à l'encontre des enfants selon l'OMS.

2.1.2. Maltraitance physique

50 à 75% des traumatismes liés aux violences physiques concernent la tête, la face et la zone intra-orale. Cette zone tête et cou correspond à la partie la plus exposée du corps et est représentative de l'individu.¹³ On décrit l'ordre de fréquence suivant : fracture dentaire (32%), ecchymoses buccales (24%), lacérations buccales (14%), fracture de la mandibule ou maxillaire (11%), et brûlures buccales (5%).¹

Le rapport annuel du SSMSI (Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure), évalue les homicides, les coups et les blessures volontaires criminels ou correctionnels sur personnes mineures, ainsi que les mauvais traitements et abandons d'enfants. Ainsi en 2015, 14 400 enfants âgés de 0 à 9 ans et 40 600 enfants âgés de 10 à 17 ans ont été enregistrés par les services de police et de gendarmerie comme victimes de violences physiques, soit 55 000 mineurs. Le ministère de la Justice dénombre 103 885 mineurs en danger dont le juge des enfants a été saisi en 2015 et 233 547 mineurs suivis par le juge des enfants au 31 décembre 2015.¹⁹

La prévalence des violences physiques selon le sexe :

Il n'existe pas de consensus, certaines études spécifient une prédominance masculine^{13, 20, 21} alors que d'autres ne démontrent pas de prédominance d'un sexe sur l'autre^{22, 23}.

<p><u>Prédominance sexe masculin</u></p>	<p>Ces études démontrent une prédominance du sexe masculin :</p> <ul style="list-style-type: none">• 52.8% des garçons contre 47.2% des filles. (1070 rapports)¹³• 54% des victimes sont des garçons et 46% sont des filles. (300 cas)²⁰• L'enquête démontre significativement plus de victimes masculines 61.5% que de victimes féminines 38.5%. (152 enfants examinés)²¹
--	---

<p><u>Pas de consensus</u></p>	<p>Ces études ne démontrent pas de différence de genre dans les violences physiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le ratio de genre est distribué de façon égale dans les violences physiques.²² • Pas de consensus dans la prédominance de genre chez les victimes de violences physique.²³
--------------------------------	---

2.1.3. Maltraitance sexuelle

Selon le Service Statistique Ministériel de Sécurité Intérieure (SSMSI), en 2015, en France, 8 300 enfants âgés de 0 à 9 ans et 11 900 enfants âgés de 10 à 17 ans ont été enregistrés par les services de police et de gendarmerie comme victimes de violences sexuelles (viols, agressions sexuelles, harcèlements sexuels), soit 20 200 mineurs. En 2016, 21 370 mineurs ont été enregistrés comme victimes de violences sexuelles dont 7 240 mineurs victimes de viols, et 14 130 mineurs victimes d'agressions sexuelles.¹⁸

Une enquête concernant 485 garçons et 763 filles victimes de maltraitance rapporte 35.4% d'abus sexuel. Il y a une prédominance de genre féminin concernant la maltraitance sexuelle. En effet, l'étude rapporte 4,7 filles victimes d'abus sexuel contre 1 garçon.²² Selon l'HAS, les violences sexuelles sont plus fréquentes chez les filles et l'auteur serait le plus souvent un homme. Cependant, le nombre de garçons victimes d'abus sexuel est sous-estimé car ceux-ci sont plus réticents à se confier.¹⁴

2.1.4. Signalement

Une étude suédoise a recueilli les signalements de maltraitance sur enfants, effectués par des chirurgiens-dentistes au cours de la période 2008-2014. 147 rapports ont été recueillis, concernant 111 enfants. L'étude a conclu à une augmentation significative de signalement entre 2008 et 2011. La principale cause de signalement concerne la négligence concernant les soins.²⁴

2.2. Sous-estimation de la maltraitance

Tous les cas de maltraitements ne sont pas connus des services de protection de l'enfance, les statistiques sont donc biaisées. Plusieurs causes l'expliquent, comme le silence des victimes ou les révélations tardives d'adultes maltraités pendant leurs enfances. Les mauvais traitements peuvent parfois être identifiés sans que l'enfant parle. Les professionnels côtoyant des enfants dans l'exercice de leurs professions peuvent connaître des difficultés pour signaler une maltraitance notamment par crainte de conséquences.

La France n'échapperait pas à la sous-déclaration de la maltraitance chez l'enfant. Une étude rétrospective de l'Inserm sur les infanticides (mort par violence intentionnelle avant l'âge de 1 an) dans trois régions auprès de 26 tribunaux sur une période de 5 ans (1996–2000) a montré que le nombre moyen annuel d'infanticides doit être d'environ 250 plutôt que 17 (chiffre des statistiques annuelles nationales de mortalité)²⁵

3. Facteurs de risque selon l'OMS

3.1. Caractéristiques de l'enfant maltraité

L'âge : La maltraitance des enfants entraînant la mort concerne dans la plupart des cas les nourrissons. La maltraitance sexuelle concerne dans la plupart des cas les adolescents, le taux de violences sexuelles augmente après la puberté.

Le sexe : Les conclusions de plusieurs études montrent que les taux de violences sexuelles sont de 1,5 à 3 fois supérieures chez les filles. Cependant, les garçons se confieraient moins selon l'HAS¹⁴. 60% des 130 millions d'enfants qui ne sont pas scolarisés sont des filles.

3.2. Caractéristiques liées à son environnement

En ce qui concerne les facteurs de risque, il existe une idée reçue particulièrement tenace : le lien supposé entre pauvreté et maltraitance. Il faut savoir que la maltraitance traverse toutes les classes sociales et les facteurs psycho-affectifs prédominent largement sur les facteurs socio-économiques. Les parents sont souvent jeunes, manifestent parfois des comportements antisociaux ou troubles psychiatriques. Certaines études montrent également l'existence d'antécédents de maltraitance subie par les parents.

3.3. Facteurs de risques liés à l'enfant

- Enfant non désiré, ne répondant pas aux attentes ou souhaits du/des parent(s)
- Enfant ayant de grands besoins (prématuré, porteur de handicap mental ou physique, présentant une maladie chronique)
- Pleurs persistants et enfant difficile à calmer ou à consoler
- Caractéristiques physiques, telles que des anomalies faciales
- Personnalité ou caractère perçu comme problématiques (l'hyperactivité ou l'impulsivité)
- Né d'un accouchement multiple qui dépasse les capacités du/des parent(s)
- Plusieurs frères et sœurs, peut-être proches en âge, qui requièrent beaucoup d'attention de la part du parent
- Extériorise des traits de comportement dangereux

3.4. Facteurs de risques liés à l'auteur

- Difficultés à établir un lien affectif avec un enfant (des complications lors de l'accouchement, le bébé déçoit) ;
- Pas d'intérêt envers l'enfant ;
- Maltraité étant enfant ;
- Manque de connaissances sur le développement de l'enfant
- Réagit par des punitions ou des actes excessifs ou violents ;
- Approuve le châtime corporel comme moyen de discipliner l'enfant ;
- Souffre de problèmes physiques ou mentaux ou de déficience intellectuelle
- Pas de maîtrise lorsqu'il est contrarié ou en colère ;
- Abus d'alcool ou de drogues, même durant la grossesse
- Implication dans des activités criminelles qui compromettent ses rapports avec l'enfant ;
- Socialement isolé
- Déprimé, se dévalorise ou se sent inapte
- Peu ou pas d'aptitudes en matière d'éducation (jeune parent ou par manque d'instruction) ;
- Difficultés économiques

II. Rôle du chirurgien-dentiste dans le diagnostic

1. En première ligne face à la maltraitance

1.1. De par sa spécialité

L'extrémité céphalique est une zone vulnérable et exposée chez l'enfant dans le cadre de maltraitance. Les études montrent que dans plus de la moitié des cas de maltraitements physiques, on retrouve des lésions dans la zone tête et cou. En effet, 50 à 75% de ces lésions sont des lésions faciales ou buccales.⁵¹

Les lésions faciales et du cuir chevelu sont facilement accessibles au diagnostic. Les lésions endobuccales et dentaires, souvent méconnues, sont sous- évaluées et doivent être systématiquement recherchées.²⁶ On retrouve également des signes dans la sphère oro-faciale lors de cas de maltraitance sexuelle. Et pour finir, la négligence bucco-dentaire fait partie de la maltraitance.²⁷

1.2. De par sa consultation caractéristique

Le chirurgien-dentiste se trouve donc dans une position privilégiée pour diagnostiquer et intervenir. Il a donc une responsabilité dans la détection, le diagnostic et le signalement. L'objet de la consultation peut concerner des conséquences de maltraitance (exemples : un traumatisme dentaire, une ulcération...) ou alors le patient peut consulter pour un autre motif. Les chirurgiens-dentistes ont une relation continue avec les patients pédiatriques. En effet, plusieurs rendez-vous sont nécessaires et donne l'occasion au praticien d'observer et d'évaluer l'état physique, psychologique et l'environnement familial de l'enfant. Les parents maltraitants semblent moins méfiants envers les chirurgiens-dentistes, ils ont plus tendance à changer de médecin traitant pour éviter les suspicions, ils changent rarement de chirurgien-dentiste.²⁸

De nombreuses études traitent de l'attitude du corps médical face à la maltraitance, notant notamment leur insuffisante formation sur le développement normal et pathologique du petit enfant et sur le dépistage de la violence ainsi que leur réticence à collaborer avec les autres secteurs professionnels (social, judiciaire, éducatif) et à signaler.⁷

2. Diagnostic des signes de maltraitance physique

Les lésions diagnostiquées ne sont pas spécifiques, mais elles alertent par leur multiplicité, leurs associations, leurs localisations inhabituelles, leurs âges différents et leur incompatibilité avec l'histoire racontée.²⁶

2.1. Les lésions intra-orales

2.1.1. Lésions traumatiques

La traumatologie alvéolo-dentaire concerne, comme son nom l'indique, les lésions de la dent et de son alvéole ainsi que ses tissus attenants. Ces lésions sont décrites dans la classification d'Andreasen, classification adaptée de l'OMS.²⁹³²

2.1.1.1. Traumatismes des tissus durs de la dent et de la pulpe

- La fêlure amélaire est une fracture incomplète de l'émail sans perte de substance.²⁹



Figure 4 Fêlure de l'émail (fissure).5

- La fracture amélaire est la fracture avec perte de substance de l'émail.
- La fracture amélo-dentinaire simple est la fracture avec perte de substance de l'émail et de la dentine, sans exposition pulpaire.²⁹



Figure 5 Fracture amélo-dentinaire simple sans exposition pulpaire.5

- La fracture amélo-dentinaire complexe est la fracture avec perte de substance de l'émail et de la dentine avec exposition pulpaire.²⁹



Figure 6 Fracture amélo-dentinaire complexe avec exposition pulpaire.5

- La fracture corono-radulaire est une fracture impliquant l'émail, la dentine et le cément. Elle peut être simple, sans exposition pulpaire, ou complexe, avec exposition pulpaire.²⁹



Figure 7 Fracture corono-radulaire simple ou complexe.5

- La fracture radiculaire implique le cément, la dentine et la pulpe. Elle peut être confinée au tiers cervical, au tiers moyen ou au tiers apical de la racine.²⁹



Figure 8 Fracture radiculaire du tiers cervical, moyen ou apical.⁵

2.1.1.2. Traumatismes des tissus de soutien parodontaux

- La concussion est l'ébranlement des tissus de soutien sans déplacement de la dent, sans augmentation de la mobilité. Elle est diagnostiquée grâce à une douleur à la percussion.
- La subluxation est une lésion des tissus de soutien sans déplacement de la dent, avec une augmentation de la mobilité de la dent et un saignement du sillon gingival.²⁹



Figure 9 Subluxation.⁵

- L'égression est une luxation de la dent avec déplacement axial partiel hors de l'alvéole.²⁹



Figure 10 Luxation en égression.⁵

- L'ingression est une luxation de la dent avec déplacement axial partiel en direction de l'os alvéolaire.²⁹



Figure 11 Luxation en ingression.⁵

- La luxation latérale est le déplacement de la dent dans le sens sagittal ou transversal, l'apex est impacté dans l'os alvéolaire et la dent est généralement immobile.²⁹



Figure 12 Luxation latérale.⁵

- La luxation complète ou extrusion est le déplacement total de la dent hors de son alvéole. L'alvéole est alors vide ou contient un coagulum.²⁹



Figure 13 Luxation complète ou extrusion.⁵

2.1.1.3. Traumatismes des tissus de soutien osseux.²⁹

- Une comminution de l'alvéole est un écrasement ou une compression de l'alvéole.
- La fracture de l'alvéole est une fracture d'une paroi qui peut être la paroi vestibulaire, linguale ou palatine de l'alvéole. La fracture implique souvent plusieurs dents. La palpation est douloureuse et on constate des fragments osseux mobiles.
- La fracture du maxillaire/de la mandibule est une fracture impliquant ces os²⁹

2.1.1.4. Séquelles des dents traumatisées²⁹

Sur la dent lésée, on peut retrouver des séquelles de type nécrose pulpaire. Elle peut être infectieuse par colonisation bactérienne, ou aseptique par non-revascularisation. On suspecte une nécrose pulpaire avec la dyschromie de la dent. La nécrose pulpaire sera confirmée si une fistule apparaît, s'il y a une image péri-apicale, un arrêt de l'édification radiculaire, ou une résorption externe. D'autres séquelles peuvent être identifiées comme l'oblitération pulpaire canalaire, qui correspond à une apposition dentinaire canalaire jusqu'à son obturation, surtout après déplacement de la dent. La dent temporaire traumatisée peut être également ankylosée, partiellement ou totalement. Le ligament est alors remplacé par du tissu osseux. S'en suit un processus de résorption progressif, qui conduit souvent à la perte de la dent. La dyschromie peut être caractéristique des conséquences du traumatisme subit. La dyschromie est souvent jaune en présence d'une oblitération pulpaire. Elle est grise lorsque la dent a nécrosé. Elle est rose quasiment immédiatement après une luxation.²⁹

On peut rencontrer toutes ces lésions sur les dents définitives si l'enfant est en denture permanente ou mixte (ex : dents antérieures nécrosées, fracturées...)²⁹

2.1.1.5. Séquelles des traumatismes des dents temporaires sur les dents permanentes sous-jacentes

Les séquelles peuvent être liées au traumatisme, à ses complications, ou à une thérapeutique iatrogène. Les manifestations sont diverses et sont liées au type de traumatisme, à sa direction, et au stade de formation du germe.

On peut retrouver :

- Une coloration blanche ou jaune définit comme une opacité délimitée de l'émail, plus fréquemment sur la face vestibulaire.
- Une dilacération coronaire
- Un dédoublement radiculaire
- Un arrêt d'édification radiculaire est rarement rencontré. Il peut être partiel ou total.
- Une perturbation d'éruption : retard suite à la perte précoce de la dent temporaire ou éruption ectopique.²⁹

2.1.2. Lésions des lèvres

Les lèvres peuvent présenter des hématomes, lacérations, cicatrices de traumatismes antérieurs, brûlures produites par ingestion de nourritures trop chaudes ou des cigarettes ainsi que des ecchymoses et excoriations.¹ L'alimentation forcée peut causer une lésion du frein labial supérieur.



Figure 14 Frein de la lèvre supérieure déchiré chez un nourrisson de 3mois, une enquête plus poussée a révélé d'autres blessures de maltraitance comme des côtes cassées. ³⁰



Figure 15 Lésion par brûlure à niveau péri oral produite par ingestion de liquides à hautes températures. ³¹

2.1.3. Lésions des muqueuses

Outre les traumatismes des tissus dentaires et des tissus de soutien parodontaux, on note des traumatismes des tissus gingivaux et muqueux³².

- La contusion est une ecchymose faisant suite à l'impact d'un objet contondant, sans plaie, avec une hémorragie sous-muqueuse.
- L'abrasion est une blessure superficielle par frottement ou raclage, laissant un saignement de surface.
- La lacération est une plaie qui peut être superficielle ou profonde, faisant souvent suite à un déchirement par un objet pointu.

2.1.4. Lésions de la langue

Les hématomes sublinguaux peuvent être le signe d'une maltraitance physique, mais peu de cas ont été décrits. La découverte d'un hématome sublingual sans explication concrète doit nous faire penser à de la maltraitance physique et nous pousser à rechercher d'autres symptômes, il faut éliminer le diagnostic différentiel qui est la ranula ou kyste mucoïde pour les glandes salivaires accessoires.³³ Une ranula est un kyste bénin contenant des muqueuses de la glande salivaire sublinguale, causée par une rupture ou un blocage du canal salivaire.³⁴

Mehra et coll. ont décrit dans la littérature le cas d'une petite fille de 2 mois se présentant en consultation pour une lésion buccale en expansion. Les deux parents présents ce jour-là expliquent que « l'égratignure » a été remarquée pendant le repas suite aux cris de l'enfant. Plusieurs constatations sont faites ce jour de consultation : l'enfant gargouillait mais refusait de manger, la petite fille avait des difficultés à avaler et à respirer. Un examen clinique révèle la présence de sang dans sa salive ainsi qu'un hématome sublingual. Les praticiens relèvent plusieurs lésions telles qu'une déchirure du frein lingual, une contusion linéaire sur l'abdomen et deux ecchymoses sur le côté droit de sa poitrine. En urgence la patiente a dû être intubée. Une radiographie du thorax a été prescrite et a montré de multiples fractures des côtes en phase de cicatrisation. Une étude du squelette a également permis de détecter des fractures métaphysaires du fémur et du tibia. Les parents n'ont pu expliquer aucune fracture. L'étiologie de l'hématome sublingual a été présumée être un traumatisme car aucune cause médicale ne pouvait expliquer la lésion.³³

Une petite fille de 6 ans, en bonne santé générale, présente une lésion sous la langue : une vésicule de 3cm de diamètre sur le côté gauche du plancher buccal, non indurée. Aucun antécédent de traumatisme, et aucune anomalie congénitale n'ont été constatés. Une exérèse totale de la lésion ainsi qu'une analyse histopathologique a confirmé un kyste du canal salivaire ou un ranula de type rétention.³⁴



Figure 16. Ranula, kyste bénin de la glande salivaire sublingual.³⁴

2.1.5. Caractéristiques des lésions

Les lésions intra-orales sont produites plus souvent au maxillaire (55,6%) qu'à la mandibule (35,5%). Les blessures qui touchent à la fois le maxillaire et la mandibule représentent 9.0% des lésions. 94.8% des lésions intrabuccales sont des lacérations des tissus mous, principalement des lacérations de la muqueuse interne de la lèvre supérieure (46,4%). Les traumatismes dentaires concernent essentiellement les fractures coronaires. Les incisives maxillaires représentent 84.6% des cas de traumatismes dentaires.¹³

2.2. Les lésions extra-orales

2.2.1. Lésions cutanées

2.2.1.1. Contusions, ecchymoses ou hématomes²⁶

Une contusion est une blessure sans gravité apparente, produite par un choc sans qu'il y ait déchirure de la peau.³⁵

Les ecchymoses sont des épanchements de sang diffus.³⁶ Dans les cas de maltraitance, elles peuvent laisser l'empreinte des doigts.

Un hématome est une accumulation de sang sous la peau ou dans un organe.³⁶ Ce sont les lésions les plus fréquentes dans les cas de maltraitance physique. En vue de leur sédentarité, les contusions/ecchymoses/hématomes chez les nourrissons doivent impérativement être auscultés et faire penser à un acte intentionnel. La probabilité pour que ce soit un acte accidentel chez le nourrisson est inférieure à 1%.³⁷

Chaque localisation de ces lésions de tissus mous peut être évocatrice d'une forme particulière de maltraitance³⁷ :

- Le mastoïde, le nez, la région orbitopalpébrale pour les coups de poing



Figure 17 Traumatisme facial violent avec hématomes périorbitaires chez une petite fille de 8 ans. Fracture du zygoma. Enquête nécessaire. ³⁸

- Les joues et les oreilles pour les gifles ou les appuis d'objets



Figure 18 Ecchymoses, empreintes de doigts sur la joue d'un nourrisson. ³⁹



Figure 19 Image "en miroir" d'un hématome montrant l'empreinte d'une main sur la joue du mineur.⁴⁰

- La région cervicale pour les strangulations



Figure 20 Cicatrices cervicales et faciales basses chez une petite fille de 2 ans. Cicatrices dépigmentées multiples et bilatérales correspondant à des manœuvres d'étranglement et des griffures cervicales.²⁶

- Les oreilles pour les contentions ou frottements.



Figure 21 Chondromatose post- traumatique bilatérale par maltraitance avérée des oreilles droite et gauche chez une petite fille de 4 ans. Cicatrices faciales associées dont l'une est visible sous le lobule de l'oreille gauche²⁶.

2.2.1.2. Morsures

Les morsures peuvent être le signe de maltraitance physique ou de maltraitance sexuelle. Les marques de morsures sont généralement associées à un hématome. La morsure humaine est ovale ou circulaire à motif ecchymotique. On retrouve également des zones hémorragiques représentant une zone d'aspiration. L'empreinte de la canine est plus visible et plus profonde.¹

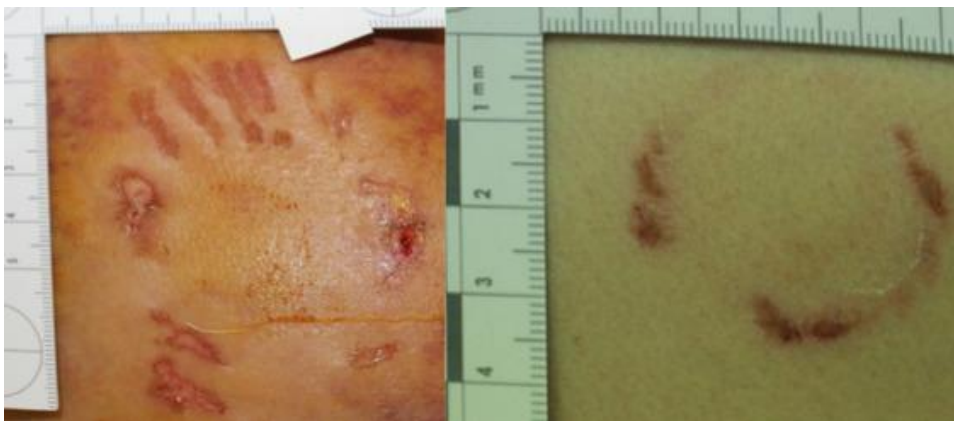


Figure 22 Photographies d'une morsure animale (chien) à gauche et d'une morsure humaine à droite. La photographie facilite la description et la sémiologie de la morsure.⁴¹



Figure 23 Marque de morsure d'adulte sur la joue d'un enfant.³⁰

2.2.1.3. Brûlures

Les brûlures sont définies par leur degré, leur étendue et leur localisation.

- Brûlure du premier degré : la peau est rouge, sans cloques.
- Brûlure du deuxième degré : la peau comporte des cloques pleines de liquide. On peut différencier les brûlures du deuxième degré superficiel ou profond selon la profondeur de la couche de peau atteinte.
- Brûlure du troisième degré : la peau est noire ou blanchâtre et insensible.⁴²

Une brûlure est considérée comme grave si son étendue est supérieure à la moitié de la paume de la main de la victime. Elle est considérée comme grave si elle est localisée dans des endroits sensibles comme les yeux, le nez, les mains, les organes génitaux ou l'intérieur des cuisses. Même si la peau ne comporte qu'une rougeur, leur cicatrisation peut être délicate.⁴²

Les brûlures représentent approximativement 10% à 20% des cas de maltraitance physique. On peut retrouver des brûlures intra-orales (ingestion forcée de nourritures chaudes ou acides ou l'introduction d'objets brûlants en bouche) ou des brûlures extra-orales (objet chaud appliqué sur la peau). On retrouve aussi des brûlures intentionnelles de cigarettes en extra-oral. Les brûlures peuvent être électriques, chimiques, thermiques ou radiantes. Les facteurs de gravité sont les

suivants : localisation et épaisseur de la peau, le temps de contact, la température de l'élément, et l'apport de sang au tissu affecté.³⁷



Figure 24 Lésion par brûlure à niveau péri oral produite par ingestion de liquides à hautes températures.³¹



Figure 25 Brûlure de cigarette sur le front d'un enfant de 7ans, montrant l'apparence typique d'une lésion circulaire.³⁰

2.2.1.4. Pincement



Figure 26 Marque de pincement sur la jambe d'un enfant de 7 ans.⁹

Les pincements sont caractérisés par une apparence typique de deux ecchymoses séparées d'un espace clair.⁹

2.2.2. Lésions des os de la face

Les fractures des os de la face sont souvent conséquences d'importants traumatismes et doivent alerter car elles représentent 2 à 5% des lésions par maltraitance. Deux fractures doivent attirer l'attention car elles sont peu symptomatiques : fracture du plancher de l'orbite et fracture du condyle mandibulaire. Toutes les fractures des os de la face laissent des séquelles morphologiques, fonctionnelles et esthétiques.⁵

2.2.2.1. Lésions nasales

Ces diverses formes de traumatismes, ecchymoses, fractures sont fréquemment observées dans les cas de maltraitance physique. L'érosion nasale a rarement été identifiée comme de la maltraitance, car plusieurs étiologies sont possibles : maladies infectieuses, immunodéficiences, états inflammatoires ou tumorales, ou maladies génétiques. Mais l'érosion nasale progressive peut être quant à elle une manifestation de la maltraitance.⁴³

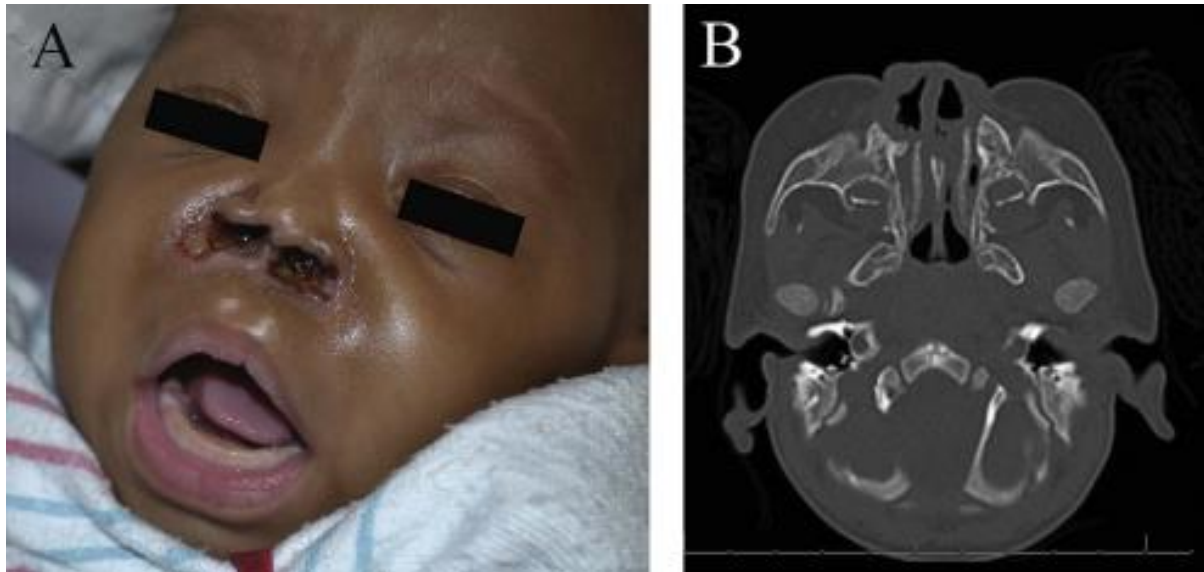


Figure 27 A. Image montrant l'absence de septum nasal ainsi que du cartilage inférieur, du sang séché et du sang frais. B. Scanner maxillo-facial montrant les différentes fractures.⁴³

2.2.2.2. Lésions mandibulaires

Dans les cas de maltraitance, les fractures mandibulaires sont à rechercher systématiquement. Les fractures mandibulaires comptent les fractures des condyles mandibulaires, qui passent souvent inaperçues, mais doivent attirer l'attention car les séquelles fonctionnelles sont dramatiques : ankylose de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) avec comme conséquences une diminution ou une impossibilité d'ouverture buccale ainsi que des troubles de croissance majeurs. Ces fractures sont associées aux traumatismes directs sur le menton (coups de poing ou chute provoquée). On note une douleur prétragienne à la palpation avec ou sans œdème, une douleur à la palpation du conduit auditif externe et une légère limitation d'ouverture buccale.⁵

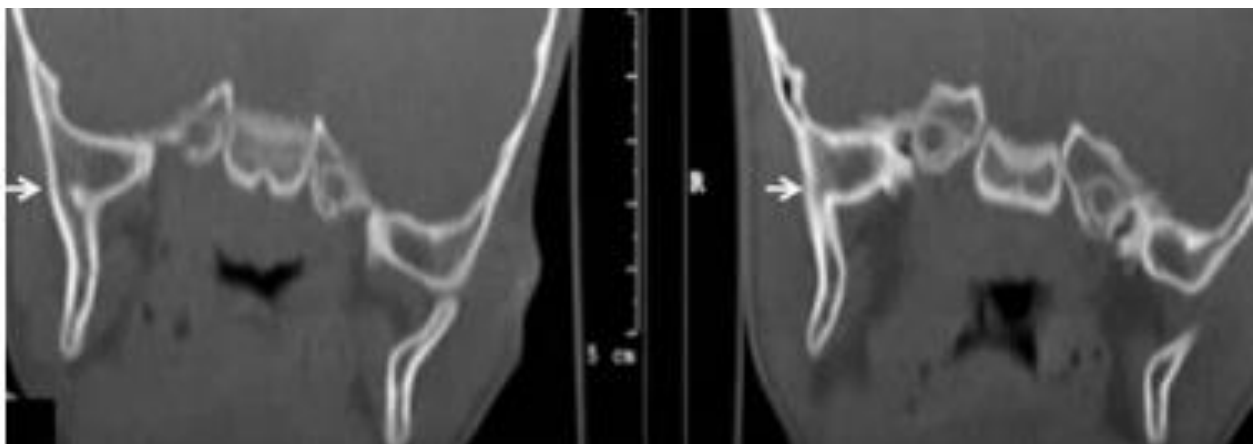


Figure 28 Ankylose de l'ATM secondaire à une fracture non traitée chez un enfant⁵.

Les fractures de la branche montante ou de la branche horizontale de la mandibule requièrent un traumatisme plus violent, et sont les plus parlantes cliniquement avec une douleur localisée à la fracture, un hématome, un décalage osseux et des troubles de l'occlusion.⁵

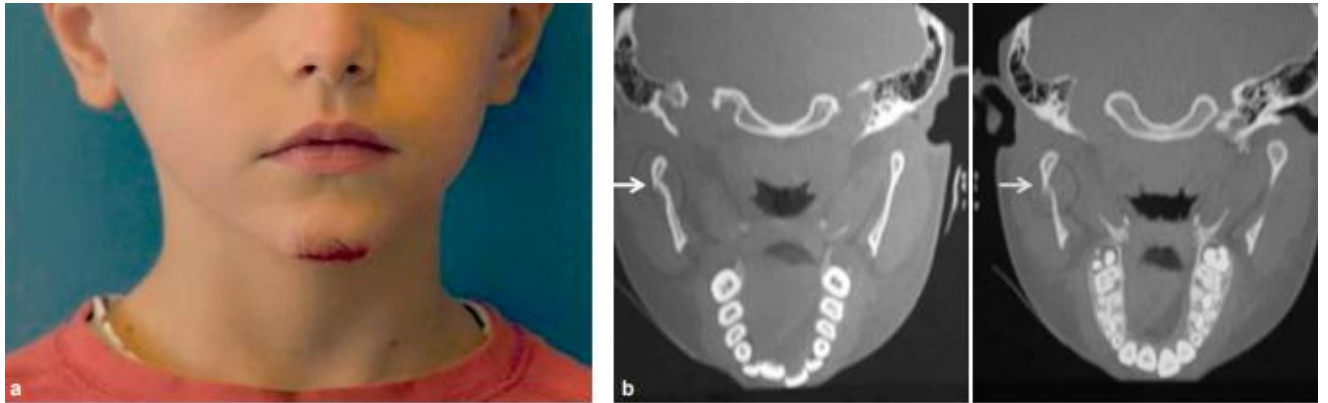


Figure 29 Fracture mandibulaire chez un garçon de 7ans. a) Maltraitance par coup de poing direct entraînant une plaie au menton. b) coupe frontale montrant la fracture de la branche montante droite.⁵

2.2.2.3. Fracture du plancher de l'orbite

La fracture du plancher de l'orbite est causée par un traumatisme par choc direct, comme un coup de poing. Il existe deux types de fractures : blow-out fracture (fracture par enfoncement) et fracture en trappe. Les signes sont une hémorragie conjonctivale, une épistaxis et une diplopie. Si la fracture passe inaperçue la diplopie peut devenir définitive et une énoptalmie peut apparaître. Ces fractures nécessitent donc une consultation ophtalmologique d'urgence.⁵

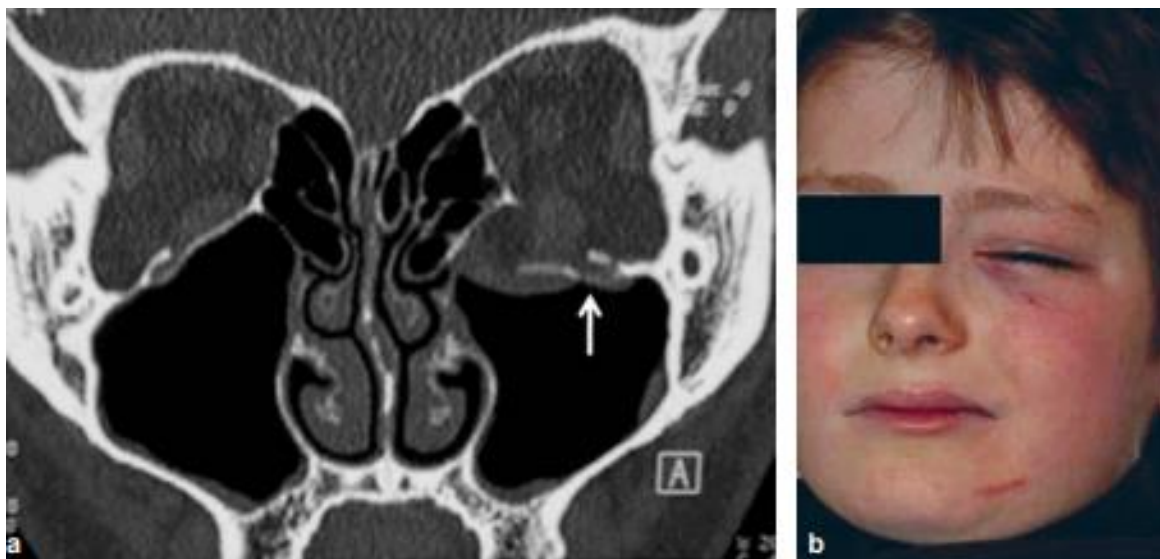


Figure 30 Fracture du plancher de l'orbite de type "blow out fracture" par coup de poing direct sur l'œil. La flèche montre la fracture du plancher de l'orbite gauche avec incarceration musculaire du droit inférieur.⁵

2.2.2.4. Fracture de l'os zygomatique

Cette fracture est retrouvée préférentiellement chez l'adolescent, après un choc direct sur la pommette. On y trouve d'autres signes cliniques tels qu'une épistaxis homolatérale, une hémorragie sous-conjonctive, ainsi qu'un effacement de la pommette passant inaperçu grâce à l'œdème. Le diagnostic se confirme tout d'abord par palpation, le bord orbitaire inférieur est décalé, déclenchant une douleur vive. Le diagnostic de certitude est assuré par les examens radiologiques surtout par le scanner facial comprenant les orbites.⁵ Les conséquences de cette fracture sont l'asymétrie, l'énophtalmie, l'anesthésie ou paresthésie du nerf infraorbitaire, et le défaut du plancher orbitaire.⁴⁴

2.2.3. Troubles du comportement

L'enfant ou l'adolescent maltraité décrit un changement de comportement. Toute modification de comportement habituel de l'enfant n'ayant pas d'explication concrète doit attirer l'attention. L'enfant maltraité n'a plus le même rapport avec le contact physique, il peut être méfiant, se montrer craintif, replié sur lui-même, avec un évitement du regard.¹⁴ L'enfant peut décrire des comportements extrêmes : une agressivité, un rejet extrême ou au contraire il peut rechercher un contact ou affection sans discernement avec une gentillesse excessive. Il semble inquiet et peureux de ses parents et de rentrer au domicile. L'enfant peut développer des troubles du sommeil, cauchemars, ou des troubles alimentaires. Dans certains cas, l'enfant pose des mots sur sa souffrance et accuse ses parents.¹⁴ Le refus fait partie intégrante des comportements suspect de maltraitance. Il peut s'exprimer au niveau corporel tel que le refus de prendre soin de son corps, refus d'hygiène ou à contrario un lavage obsessionnel et compulsif. Il peut s'exprimer dans la sphère relationnelle (refus de grandir, refus de voir une personne sans raison). On peut également le retrouver au niveau scolaire avec un refus ou une phobie scolaire.¹⁴

Durant la consultation, les responsables peuvent également nous alerter²⁵ :

- Le parent peut s'imposer pendant la consultation et parler à la place de l'enfant, il a un comportement intrusif.
- Il peut ne pas se soucier de l'enfant et être indifférent (pas de geste ni de parole).
- Il peut avoir une proximité corporelle exagérée et surjouée avec l'enfant.

Le représentant de l'enfant va tenter de donner une explication incohérente face aux lésions de l'enfant, ou contradictoire, ou parfois il n'en donnera aucune. Il essaiera de dissimuler les lésions ou de protéger la personne responsable. Devant le professionnel de santé, l'adulte va minimiser ou contester les symptômes ou les dires de l'enfant. Il aura une attitude agressive ou sur la défensive. Le comportement va être extrême, soit en refusant des investigations médicales sans raison valable, soit en ayant une attitude d'hyper-recours aux soins.²⁵

2.2.4. Quand suspecter une maltraitance physique ? Par National Institute for Health and Care Excellence (N.I.C.E)²⁵

Le N.I.C.E préconise de signaler un mauvais traitement infligé à un enfant s'il n'y a pas d'explications appropriées à une blessure grave ou inhabituelle.

- ECCHYMOSES

Suspecter une maltraitance infligée à un enfant si l'ecchymose a la forme d'une main, d'une ligature, d'un bâton, d'une marque de dents permanentes, d'un empoignement ou d'un instrument.

Suspecter une maltraitance infligée à un enfant si les ecchymoses ou les pétéchies ne sont pas d'origine pathologique, tel qu'un problème de coagulation, et si les ecchymoses ne corroborent pas l'histoire expliquée. Le N.I.C.E rapporte quelques exemples comme :

- des contusions chez un enfant qui n'est pas mobile et autonome
- des contusions de taille et de forme similaires
- des contusions qui reflètent un étranglement

La teinte et son évolution ne sont pas des indicateurs fiables de l'âge des ecchymoses. Il n'y a pas de localisation corporelle spécifique des ecchymoses par violences physiques, mais certaines doivent nous faire suspecter une maltraitance : oreilles, cou, visage, tête, tronc, fesses, bras ainsi que les ecchymoses se situant ailleurs que sur la face antérieure du corps et sur les proéminences osseuses (chez des enfants qui se déplacent seuls) et les ecchymoses multiples ou de grandes tailles.²⁵

- LACERATIONS, ABRASIONS, CICATRICES

Suspecter une maltraitance infligée à un enfant si les lacérations, abrasions, cicatrices :

- Ne concordent pas avec l'histoire racontée
- Sont présentes chez un enfant qui n'est pas mobile de façon autonome
- Sont multiples et/ou symétriques.
- Se trouvent sur des zones protégées par un vêtement ainsi que sur les yeux, oreilles et les côtés du visage.
- Se trouvent au niveau des chevilles, cou, poignets faisant penser à des marques de ligatures.²⁵

- LESIONS THERMIQUES

Suspecter une maltraitance infligée à un enfant :

- Si les brûlures ne corroborent pas l'histoire racontée ou s'il n'y a aucune explication.
- Si l'enfant n'est pas mobile de façon autonome.
- Si elles se situent sur les zones du corps qui ne devraient pas être en contact avec un objet chaud lors d'un accident : dos, mains, pieds, fesses
- Si la lésion a la forme d'un objet particulier : cigarettes, fer
- Si les lésions indiquent une immersion forcée : écaillés des fesses, périnée, membres inférieurs. Si la taille de la lésion des membres a une répartition symétrique. Et si les écaillés ont des bords nets et délimités.
- Si l'enfant est atteint de blessures par le froid sans explication médicale : Mains ou pieds rouges et enflés.
- Si l'enfant est atteint d'hypothermie et dont l'explication ne convient pas.²⁵

- FRACTURES

Une maltraitance physique doit être suspectée chez un enfant de moins de 18 mois ayant une fracture en l'absence d'un traumatisme important manifeste. Les fractures multiples sont plus fréquentes en cas de violence physique que lors d'un traumatisme d'une autre cause. En présence d'une fracture des côtes chez un enfant, nous avons une probabilité de 70% que celui-ci soit maltraité. Un enfant avec une fracture fémorale a une probabilité de 30% d'avoir été maltraité. Les fractures fémorales dans les cas de maltraitance sont plus fréquemment observées chez les enfants n'ayant pas encore acquis la marche. Un enfant de moins de 3 ans ayant une fracture humérale a une probabilité de 50% d'avoir été maltraité. Un nourrisson ou un enfant qui commence à marcher ayant une fracture du crâne a une probabilité de 30% d'avoir été maltraité.

Suspecter une maltraitance infligée à un enfant :

- Si absence de problème médical prédisposant à une fragilité osseuse (ostéogénèse imparfaite par exemple) et que l'explication est absente ou inopinée.
- Si les fractures sont d'âges différents.
- Si les fractures démontrées par radiographie n'étaient pas cliniquement évidentes.²⁵

- LESIONS OCCULAIRES

Suspecter une maltraitance si un enfant a des hémorragies rétiniennes ou lésions à l'œil en l'absence de pathologie et en l'absence de traumatisme accidentel confirmé. ²⁵

- LESIONS BUCCO-DENTAIRES

Il n'y a pas de caractéristiques spécifiques des blessures buccales par maltraitance. Suspecter un mauvais traitement sur un enfant s'il y a des lésions buccales sans explication plausible, sans aucune explication, ou bien lorsqu'il y a un retard d'explication. ²⁵

3. Diagnostic des signes de maltraitance psychologique

3.1. Définition

La maltraitance psychologique ou émotionnelle infligée aux enfants est la forme la plus répandue et la plus difficile à identifier. Les violences psychologiques infligées aux enfants et aux adolescents comprennent des actes d'omissions et des actes de commissions. La maltraitance psychologique est perçue comme de la violence psychologique lorsque des actes d'omission ou de commission infligent un préjudice au bien-être de l'enfant. Ces violences morales vont être répétées et interprétées par l'enfant avec pour conséquences une détresse émotionnelle et/ou un comportement inadapté. ⁴⁵

Cette forme de maltraitance est la plus déclarée en France selon les appels du 119. Cependant, elle est difficile à identifier, et souvent passe inaperçue lorsque d'autres formes de mauvais traitements coexistent. ⁴⁵

Actes d'omission	Actes de commission
<ul style="list-style-type: none"> • Isoler, ignorer les besoins d'interactions sociales dans la collectivité • Encourager les comportements antisociaux • Etre détaché, interagir seulement lorsqu'il est nécessaire • Restreindre l'autonomie psychologique, le développement cognitif, la réactivité émotionnelle • Fournir peu ou pas de louanges, d'affection pendant la période de développement de l'enfant • Limiter l'accès aux soins pour une raison autre que des ressources insuffisantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Le dénigrement ou le rejet • L'humiliation • Terroriser • Menacer • Se moquer de montrer des émotions normales • Acte de violence contre des objets chers à l'enfant (jouets, doudou) • Exploiter, corrompre • Avoir des attentes rigides ou irréalistes accompagnées de menaces <p style="text-align: center;">45</p>

3.2. Troubles du comportement

La maltraitance psychologique interfère avec le développement de l'enfant. Les conséquences sont liées à des troubles de l'attachement et de troubles du développement affectif et cognitif. On note également des problèmes d'éducation, de socialisation et des comportements perturbateurs. Une étude sur des orphelins roumains privés sévèrement d'affection a montré de graves effets sur la fonction exécutive et la mémoire ainsi que sur l'attachement. L'étude montre également des troubles psychologiques et psychiatriques. Il a été démontré que les mauvais traitements infligés dans les trois premières années de vie avaient des répercussions profondes car la croissance du cerveau et des systèmes biologiques ont lieu pendant cette période.⁴⁵

3.3. Quand suspecter une maltraitance psychologique? Par National Institute for Health and Care Excellence²⁵

Le N.I.C.E. préconise de signaler une maltraitance psychologique si l'enfant affiche un changement marqué d'état émotionnel non proportionnel à son âge et son stade de développement, et qui ne s'explique pas par un événement stressant (deuil, séparation parentale), ni par une cause médicale ou troubles neuro-développementaux (Hyperactivité avec déficit de l'attention, troubles autistiques).²⁵

Etat émotionnel	Comportement	Interactions sociales
<ul style="list-style-type: none"> • Peur • Retrait • Faible estime de soi • Frustration exprimée sous forme de colère • Détresse émotionnelle exprimée par des pleurs inconsolables 	<ul style="list-style-type: none"> • Oppositionnel • Extrême • Contrôle coercitif face aux parents • Comportement excessivement conciliant afin d'éviter la désapprobation des parents 	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche aveugle d'affection • Gentillesse extrême face aux inconnus ou professionnels de santé • Incapacité de comprendre les émotions

Suspecter un mauvais traitement psychologique infligé à un enfant ou un adolescent s'il montre une dissociation : épisodes transitoires de détachement qui échappent au contrôle de l'enfant. Cette dissociation ne doit pas être confondue avec les rêveries, convulsions ou l'évitement intentionnel. Considérer comme de la maltraitance psychologique si l'enfant a des responsabilités excessives et régulières nuisant au quotidien de l'enfant : fréquentation scolaire par exemple, essentiel au développement affectif et cognitif de l'enfant. ²⁵

Signaler une maltraitance psychologique si l'on suspecte que la relation parent-enfant est nuisible :

- Hostilité envers l'enfant ou l'adolescent
- Rejet de l'enfant ou de l'adolescent
- Développement de l'enfant ou l'adolescent altéré par des menaces ou des méthodes disciplinaires inappropriées.
- Présence de violences familiales.
- Enfant utilisé dans les conflits conjugaux afin de répondre aux besoins de l'adulte
- Défaut d'entretenir une socialisation appropriée de l'enfant, tel que l'isolement ou l'absence de stimulation

En règle générale, suspecter la maltraitance psychologique s'il y a négligence émotionnelle. Tenir compte des mauvais traitements psychologiques infligés aux enfants si un parent refuse que l'enfant parle seul à un professionnel de santé lorsqu'il est nécessaire. ²⁵

4. Diagnostic des signes de maltraitance sexuelle

4.1. Signes cliniques oraux de la maltraitance sexuelle⁴⁶

La cavité buccale est un site fréquent d'abus sexuel, toutefois il est rare d'observer des signes de maltraitance sexuelle ou infections buccodentaires liés à la violence sexuelle. S'il y a suspicion d'un rapport oral-génital, il est recommandé d'orienter le patient vers des établissements spécialisés et équipés.⁴⁶

- La gonorrhée orale et péri-buccale ou la stomatite gonococcique est une manifestation rare de l'infection gonococcique. « Neisseria gonorrhoeae ». La stomatite gonococcique est généralement le résultat de pratiques sexuelles orogénitales. Il s'agit d'un érythème rouge et d'un œdème, plus ou moins ulcéré, recouvert d'un exsudat grisâtre. L'érythème s'accompagne de brûlures, douleur, et angine. La stomatite touche préférentiellement la zone pharyngée, les amygdales, la luette et le voile du palais. Le diagnostic clinique doit être complété par des techniques de culture appropriées et le test de confirmation positif est le signe pathognomonique de l'abus sexuel.⁴⁷
- Les papillomavirus humains, plus spécifiquement les types 6 et 11, sont responsables de lésions bénignes appelées Condylomes acuminés, sous la forme d'une masse exophytique unique ou le plus souvent multiple, de petites tailles, bien délimitées, dont la surface ressemble à un chou-fleur. Cette lésion touche préférentiellement la muqueuse labiale, la langue, la gencive, la muqueuse buccale et le voile du palais. Le condylome acuminé est une lésion bénigne, sexuellement transmissible, qui se produit principalement dans la région anogénitale mais qui peut être retrouvé, rarement, dans la cavité buccale.⁴⁶
- Il existe des lésions secondaires à la fellation visible dans la cavité buccale. Il s'agit de pétéchies, c'est-à-dire d'érythème ou ecchymoses, généralement situées à la jonction entre le palais osseux et le voile du palais. L'étiologie est la pratique sexuelle orogénitale et la pression négative ou l'irritation répétée apparaissant lors de la fellation.⁴⁶
- La syphilis est une maladie sexuellement transmissible relativement fréquente. Elle peut cependant être congénitale (rare). Le stade primaire de l'infection est caractérisé par le chancre. Cette lésion est décrite comme un ulcère indolore de 0.5 à 2cm de diamètre, de surface lisse et indurée à sa base. Lors de la phase secondaire de l'infection, on peut observer des plaques muqueuses (fréquentes), des syphilides maculaires et des condylomata (rare). La syphilis tertiaire se caractérise par une gomme syphilitique, une glossite atrophique et interstitielle.⁴⁶

- Il existe également des lésions buccales causées par le VIH telles qu'un exanthème, une ulcération ou un syndrome mononucléosique lors de la primo-infection. D'autres manifestations buccales sont des infections secondaires à l'immunodéficience comme la candidose, l'herpès buccal, la leucoplasie chevelue ou les gingivites/parodontites ulcéro-nécrotiques.

4.2. Troubles du comportement

Aucun signe d'appel n'est caractéristique d'une maltraitance sexuelle. Ces signes sont significatifs lorsqu'ils sont associés entre eux, et se répètent. On retrouve des signes généraux non spécifiques tels que des troubles du comportement alimentaire, troubles du sommeil, troubles scolaires.

L'examen psychique a pour but d'analyser des signes évocateurs mais non spécifiques. On recherche un syndrome psychotraumatique avec des signes de traumatismes tels que des cauchemars à répétition, des images répétitives en flashback ou provoqué par un évènement. Des comportements d'évitement sont associés au syndrome psychotraumatique. On recherche également un état dépressif, des troubles du comportement (dans la sphère sexuelle, relationnelle ou scolaire), une altération du développement intellectuel et affectif du mineur.

Les jeunes enfants peuvent s'exprimer par le dessin et les jeux.²⁵

4.3. Quand suspecter une maltraitance sexuelle ? Par National Institute for Health and Care Excellence²⁵

4.3.1. Infections sexuellement transmissibles

Suspecter des abus sexuels : prendre en compte également la sexualité entre mineurs²⁵

- si un enfant de moins de 15ans est atteint d'hépatite B en excluant la transmission du virus par la mère lors de la naissance ou la contamination du sang.
- si un enfant de moins de 15ans est atteint de gonorrhée, chlamydia, syphilis, herpès, hépatite C, VIH, infection à trichomonas s'il y a des preuves concrètes de transmission par la mère à l'enfant pendant la naissance ou contamination par le sang.²⁵

4.3.2. Grossesse

Le fait d'exercer une atteinte sexuelle sur un mineur de moins de quinze ans est puni de sept ans d'emprisonnement et de 100 000€ d'amende¹⁵. Par conséquent, une grossesse à ces âges-là signifie que l'enfant a été maltraité seulement si le partenaire est un adulte.

Suspecter une maltraitance sexuelle si l'adolescente de 16 ou 17ans est enceinte et qu'il y a une différence significative de pouvoir ou de capacité mentale entre la jeune femme et le père présumé, surtout si la relation est incestueuse ou avec une personne de confiance telle qu'un enseignant ou un entraîneur par exemple.²⁵ Suspecter une violence sexuelle si on craint que la jeune femme soit exploitée ou si on craint que le rapport sexuel n'ait pas été consenti.²⁵

5. Diagnostic des signes de négligence

5.1. La négligence

La négligence est le fait de ne pas subvenir aux besoins fondamentaux de l'enfant. A la différence des autres types de maltraitance qui impliquent un comportement actif néfaste, la négligence se veut passive. La négligence peut prendre différentes formes incluant la négligence médicale, physique, l'insécurité, la négligence émotionnelle et éducative. Les besoins fondamentaux de l'enfant consistent à se nourrir, s'habiller, vivre sous un toit, se soigner, être éduqué, être en sécurité, avoir de l'attention⁴⁸.

La négligence médicale est définie comme l'échec de subvenir aux besoins médicaux de l'enfant. Il y a négligence lorsqu'il y a échec de recherche en temps et en heures des soins médicaux pour une maladie ou une blessure, ou lorsque le traitement prescrit n'est pas respecté ce qui place l'enfant à risque de sérieuses conséquences.

La négligence physique peut être définie comme l'échec de subvenir aux besoins les plus simples et immédiats de l'enfant, tel que donner de la nourriture appropriée à son âge, ou lui donner un abri.

L'insécurité fait partie intégrante de la négligence. Elle est décrite comme l'échec de fournir un environnement sécurisé et supervisé (ex : médicaments sûrs, poisons et objets dangereux hors de la portée...).

La négligence éducative consiste en l'incapacité ou le refus de garantir la présence de l'enfant à l'école (ex : permettre à l'enfant de faire l'école buissonnière ou autoriser l'absentéisme scolaire pour d'insignifiantes raisons, donner à l'enfant des responsabilités d'adulte...).

La négligence émotionnelle est définie comme un manque de support psychologique et émotionnel de l'enfant (ignorance). La négligence émotionnelle diffère de la maltraitance psychologique où le psychisme de l'enfant est submergé par des violences verbales, ou par un sentiment de crainte.

La négligence sexuelle est définie comme l'échec des parents ou tuteurs de fournir une protection ou une éducation sexuelle. Les parents ou tuteurs laissent l'enfant être exposé à des images pornographiques ou aux actes sexuels adultes et a pour conséquence de placer l'enfant à risque de maltraitance sexuelle.⁴⁸

5.2. La négligence bucco-dentaire

Fait partie de la négligence médicale, la négligence bucco-dentaire est définie comme un échec volontaire des parents ou tuteurs à accéder et à suivre un traitement dentaire nécessaire pour garantir un niveau de santé bucco-dentaire adéquat. Cet échec peut causer des douleurs, infections, perte de fonction qui peuvent nuire à la communication, l'apprentissage et la nutrition nécessaire au développement normal et à la croissance de l'enfant. Les parents ou tuteurs de l'enfant ayant des connaissances suffisantes doivent être différenciés des parents ou tuteurs n'ayant pas conscience ni connaissances des besoins en soins dentaires de leur enfant. Il faut prendre en compte certains facteurs qui expliqueraient que l'accès est difficile comme l'isolement familial, les ressources financières, les difficultés de transport, ou l'ignorance parentale.⁴⁹

Le diagnostic de la négligence prend en considération plusieurs facteurs. Il y a négligence si l'enfant subit un préjudice ou est à risque de subir un dommage par l'absence de soins dentaires.

Il y a négligence dentaire si les soins recommandés offrent un avantage significatif pour l'enfant. Il y a négligence si l'accès aux soins est offert mais non utilisé (M't dents, complémentaire médicale universelle...).

Il y a négligence si le parent ou tuteur est pleinement conscient de la santé bucco-dentaire de son enfant. On peut également penser que la négligence comprend le défaut de recherche d'informations du parent ou du tuteur, s'ils en ont la capacité.⁴⁹

La mise en œuvre de stratégies de prévention relève à la fois de stratégies individuelles et collectives. Les recommandations existantes et offres actuelles en France comprennent les examens de prévention bucco-dentaire de l'Assurance maladie (M't dents). En effet, dans le cadre de la convention nationale dentaire, l'Assurance maladie offre un examen de prévention pour tous les enfants de 6, 9, 12, 15, 18 ans depuis janvier 2007.⁵⁰ M'T dents s'est récemment étendu et s'adresse aux enfants de 3 ans et aux jeunes jusqu'à 24 ans.⁵¹

Différents cas de figure attestant d'un comportement de négligence bucco-dentaire peuvent être observés au cabinet dentaire. Ces comportements doivent amener les professionnels de santé à se questionner sur une possible négligence bucco-dentaire. Peut-on considérer comme étant de la négligence les parents qui ratent des rendez-vous? Qui ne consultent qu'en cas de douleur? Qui ne respectent pas les prescriptions médicamenteuses? Qui ne respectent pas les recommandations données? Qui ne viennent plus aux rendez-vous de contrôle une fois l'enfant soigné ?

La prévention et l'éducation sont aussi importantes pour les enfants que pour les parents, d'où l'intérêt d'une éducation à l'hygiène bucco-dentaire et d'une éducation alimentaire mises en place auprès des parents ainsi que des conseils et astuces. Il est indispensable de donner aux parents les informations nécessaires à l'éducation dentaire, ainsi qu'à l'accès aux soins tout en s'adaptant à leur situation.

5.3. Quand suspecter une négligence ? Par National Institute for Health and Care Excellence²⁵

La négligence est une situation à risque pour l'enfant et l'adolescent. Elle concerne l'incapacité de répondre aux besoins physiques et psychologiques de base de l'enfant qui est susceptible de nuire à sa santé ou à son développement.²⁵

Il n'y a pas de références pour le diagnostic de la négligence, par conséquent, la prise de décision peut être difficile.²⁵

5.3.1. Les besoins fondamentaux

Suspecter une négligence si l'enfant présente une infestation grave et persistante telle que la gale ou les poux de tête.²⁵

Suspecter une négligence si les vêtements ou les chaussures de l'enfant sont toujours inappropriés, par la taille ou par la météo notamment. Néanmoins, il faut tenir compte que des vêtements inappropriés ont une explication comme un changement soudain de météo, ou résultant de troubles neurodéveloppementaux comme l'autisme ou certaines psychoses (schizophrénie).²⁵

Suspecter une négligence si l'enfant est toujours sale ou s'il sent toujours mauvais. Néanmoins, il faut tenir compte du fait qu'un enfant se salit très vite et est malodorant au cours de la journée. Il faut faire preuve de jugement pour reconnaître une négligence : si l'enfant est vu à un moment de la journée où il est peu probable qu'il ait eu l'occasion de se salir, par exemple une consultation tôt le matin.²⁵

Soupçonner une négligence si elle est associée à un des éléments suivant, sous la responsabilité des parents :

- une mauvaise hygiène
- une alimentation inadéquate
- un environnement dangereux pour le développement de l'enfant.²⁵

Il faut toujours être vigilant sur la différence entre négligence et pauvreté.

5.3.2. La malnutrition

Considérer la négligence si l'enfant présente une croissance caduque en raison d'un manque d'alimentation adéquate. Il faut toujours tenir compte des antécédents médicaux de l'enfant.²⁵

5.3.3. La supervision

Idéalement, il faut un équilibre entre la prise de conscience des risques et la liberté des enfants d'apprendre eux-mêmes par expérience. Lorsque les parents ignorent et négligent les risques et ne protègent pas leurs enfants face aux préjudices, cela peut constituer une négligence.²⁵

Suspecter une négligence si l'atteinte (brûlure, coup de soleil, ingestion d'une substance nocive...) suggère un manque de supervision.²⁵

Suspecter une négligence si l'enfant n'est pas pris en charge par une personne capable de fournir des soins adéquats. Il faut assurer l'accès aux soins ou traitements médicaux appropriés.²⁵

Considérer comme négligent un parent ou aidant n'administrant pas un traitement prescrit essentiel à la santé de l'enfant.²⁵

Suspecter une négligence si les parents ou représentants de l'enfant omettent d'emmener l'enfant aux rendez-vous essentiels à sa santé et à son bien-être.²⁵

Considérer les parents ou les représentants de l'enfant négligents s'ils ne tiennent pas compte des programmes de santé de l'enfant comme l'immunisation, les examens de santé et du développement, et les dépistages.²⁵

Suspecter une négligence si les parents ou représentants ont accès aux soins dentaires et aux traitements dentaires mais n'en tiennent pas compte.²⁵

6. Diagnostic différentiel

6.1. Diagnostic différentiel de la maltraitance physique

6.1.1. Diagnostic différentiel des lésions extra-orales

- Les troubles de la coagulation peuvent laisser apparaître des hématomes multiples.⁵²
- Les taches mongoloïdes ou angiomes caractéristiques du nouveau-né diffèrent des hématomes car les taches persistent pendant des mois voire des années alors que les hématomes changent de couleur et disparaissent en quelques semaines.⁵²



Figure 31 Hémangiomes mixtes. Aspects le plus souvent rencontrés: une composante cutanée et une composante sous-cutanée.⁵³

- Les lésions circinées sont définies comme une dermatophytose de la peau glabre appelées aussi herpès circiné et provoquées par des dermatophytes. Elles ressemblent aux brûlures arrondies. Ce sont des lésions qui cicatrisent du centre vers l'extérieur.



Figure 32 Lésions d'épidermophytose circinées suite au contact avec des animaux domestiques.⁵⁴

- Le neuroblastome est une tumeur cancéreuse qui se développe au niveau du système nerveux. ⁵⁵Elle peut donner naissance à des ecchymoses périorbitaires bilatérales.



Figure 33 Ecchymoses périorbitaires bilatérales causées par un neuroblastome métastatique.⁵⁶

- Les brûlures accidentelles sont plus superficielles que les brûlures intentionnelles. Elles présentent en général des bords irréguliers et sont généralement situées sur des zones découvertes du corps et sont asymétriques.
- L'ostéogénèse imparfaite peut présenter un diagnostic de fractures multiples accompagnées d'anomalies de structure dentaires et d'ostéopénie.
- Les automutilations : l'enfant peut être la cause de ses propres lésions.⁵⁷ Les automutilations font parties de syndromes dont le syndrome de Lesch-Nyhan. C'est une maladie héréditaire rare causée par une carence en enzyme hypoxanthine-guanine phosphoribosyl transférase (HPRT). Les patients atteints présentent une hyperuricémie et un comportement neurologique caractérisé par un retard mental, une incapacité motrice et une automutilation.⁵⁸



Figure 34. Patient présentant un syndrome Lesch-Nyhan avec des autolésions de la lèvre inférieure.⁵⁸

Les auto-lésions peuvent apparaître sans antécédents médicaux. Les comportements d'automutilation commencent en moyenne à 15 ans et se retrouve le plus fréquemment chez les adolescents et les jeunes

adultes. Une étude canadienne démontre que 17% des jeunes âgés de 14 à 21 ans se sont déjà automutilés. Les femmes sont deux fois plus concernées.⁵⁹

- L'alopecie par définition est une chute de cheveux en quantité anormale. La destruction peut être exogène (traumatismes, brûlures) ou endogène (dermatoses comme le lupus érythémateux, le lichen, certaines tumeurs...).⁵



Figure 35. Alopecie unique de grande taille.⁶⁰



Figure 36 Alopecie traumatique récidivante.⁵

6.1.2. Diagnostic différentiel des lésions intra-orales

Des chutes ou collisions, des activités sportives, des accidents de voitures, ... contribuent aux traumatismes bucco-dentaires et autres lésions oro-faciales.

6.2. Diagnostic différentiel de la maltraitance sexuelle⁴⁶

Le diagnostic des manifestations buccales de la maltraitance sexuelle doit s'appuyer sur l'historique et les signes clinique. Il doit être confirmé par l'identification du germe responsable des lésions.⁴⁶

- Les diagnostics différentiels de la stomatite gonococcique sont la stomatite streptococcique, la stomatite herpétique, la candidose érythémateuse, un traumatisme mécanique, une brûlure thermique.
- Les diagnostics différentiels du condylome acuminé sont le papillome, la verrue vulgaire, l'hyperplasie épithéliale focale, le xanthome verruciforme, le sialadénome papillifère, le syndrome d'hypoplasie dermique en aire, le carcinome verruqueux débutant, le molluscum contagiosum.
- Les diagnostics différentiels de l'érythème secondaire à la fellation sont la brûlure thermique, un traumatisme, la candidose érythémateuse, la mononucléose infectieuse, le purpura thrompocytopénique, la leucémie.
- Les diagnostics différentiels de la syphilis sont l'ulcération traumatique, les aphtes, la tuberculose, l'herpès simplex, la mononucléose infectieuse, la candidose, l'érythème polymorphe, le lichen plan.⁴⁶

6.3. Diagnostic différentiel de la maltraitance psychologique

Les signes retrouvés dans la maltraitance psychologiques ne sont pas significatifs. Comme vu plus haut le diagnostic est délicat.⁶¹

6.4. Diagnostic différentiel de la négligence bucco-dentaire

L'anxiété face aux soins dentaires peut engendrer un comportement d'évitement chez l'enfant. L'évitement est souvent perçu lorsque l'enfant n'a pas reçu une gestion appropriée de l'anxiété. La gestion de l'anxiété comprend une thérapie cognitivo-comportementale où la familiarisation à l'environnement est un des éléments clefs de cette thérapie.⁶¹

Certaines affections peuvent également causer des caries, notamment la sécheresse buccale. La sécheresse buccale ou xérostomie est la diminution de la sécrétion salivaire. Elle peut être causée par une

aplasie des glandes salivaires, la radiothérapie de la région tête ou cou, certaines infections, certains médicaments, la malnutrition, le syndrome de Gougerot-Sjögren.⁶¹



Figure 37 Caries dentaires et délabrement des incisives maxillaire et mandibulaire. Le premier diagnostic fut une négligence dentaire mais plusieurs investigations révèlent une sècheresse buccale sévère (débit salivaire de 0.16ml/minute)⁶¹

Certaines conditions causent de graves problèmes d'hygiène buccale comme les enfants nourris par gastrostomie, ou les enfants résistant fortement au brossage dentaire comme les enfants atteints d'autisme.⁶¹

III. Rôle du chirurgien-dentiste dans la prise en charge

1. Réglementation

1.1. Textes de loi

Il existe des instruments internationaux qui s'appliquent aux droits de l'enfant : La Déclaration des droits de l'enfant de 1959, et la convention de l'ONU sur les droits de l'enfant de 1989, dites CIDE, entrée en vigueur en France dès 1990. On peut y ajouter la convention européenne sur l'exercice des droits par les enfants de 1996 entrée en vigueur en France en 2009. Dans ces instruments on ne parle pas de situation juridique mais de droits de l'enfant.²

L'article 375 de Code Civil définit l'enfant en danger lorsque « la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises. »

La loi du 5 mars 2007 différencie l'enfant en danger (victime de maltraitements physiques, sexuelles, psychologiques, de négligence, ayant des conséquences grave sur son développement) et l'enfant en risque de danger (qui connaît des conditions de vie risquant de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son développement sans pour autant être maltraité).

La Convention internationale des droits de l'enfant du 20 novembre 1989 promulguée par l'ONU

rassemble les droits civils et politiques des enfants ainsi que tous leurs droits sociaux économiques et culturels. Trois lois ont permis de constituer le dispositif législatif actuel : **La loi du 10 juillet 1989** (renforcement de la politique de prévention), **la loi du 17 juin 1998** (Suivi socio-judiciaire des délinquants sexuels et renforcement de la défense et de la protection des victimes) et **la loi du 5 mars 2007**(met en place la procédure de transmission d'information préoccupante)⁶²

La loi du 6 mars 2000 charge un « Défenseur des enfants » pour détecter et signaler tous les cas où la protection de l'enfant est mise en défaut. La mission consiste à surveiller la situation des droits de l'enfant en France, ainsi qu'à recueillir les réclamations émanant de l'enfant, de ses représentants, ou d'association de protection de l'enfance. Cette loi a été abrogée par la loi du 29 mars 2011.⁶²

La loi 2004-1 du 2 janvier 2004 constitue un groupe d'intérêt public (l'Etat, les départements et des personnes morales de droit public ou privé) pour gérer un service d'accueil téléphonique, et un Observatoire de l'enfance en danger à l'échelle nationale. Cet observatoire devient l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE) et exerce des missions d'observation, d'analyse et de prévention des mauvais traitements comme le veut l'article L. 226-6 de code de l'action sociale et des familles. L'ONPE a pour objectif de « mieux connaître le champ de l'enfance en danger pour mieux prévenir et mieux traiter » et se voit attribuer trois missions principales :

- Améliorer la connaissance à travers le recensement et le développement des données chiffrées, des études et des recherches.
- Recenser, analyser et diffuser les pratiques de prévention et d'intervention en protection de l'enfance.
- Soutenir les acteurs de la protection de l'enfance.⁶²

La loi 2007-293 du 5 mars 2007a permis des avancées majeures concernant la protection de l'enfance. L'une des innovations concerne la création des Cellules de Recueil d'Information Préoccupantes (CRIP), un outil de centralisation de toutes les données relatives aux situations d'enfants en danger.⁶² Cette loi donne un cadre légal au partage d'information entre professionnels, tout en préservant le secret professionnel, car il doit s'effectuer dans des conditions strictes.⁶³

La loi 2016-297 relative à la protection de l'enfant a été promulguée le 14 mars 2016. Elle a pour but de modifier et compléter la loi 2007-293 du 5 mars 2007, avec des missions précisées et recentrées sur l'enfant.⁶²

La loi du 5 mars 2007 rédigée dans l'article L. 112-3 du Code de l'action sociale et des familles : « La protection de l'enfance a pour but de **prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés** dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs ».

La loi du 14 mars 2016 recentre ces missions : « La protection de l'enfance vise à **garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant**, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits (...) ». ⁶²

L'un des apports de la loi du 5 mars 2007 visait la récolte des informations préoccupantes concernant les enfants en danger. Désormais, on inclut également la délinquance juvénile et même les jeunes majeurs. L'observatoire national de l'enfance en danger étend donc son champ et change de nom pour l'Observatoire National de la protection de l'enfance (ONPE). ⁶²

La Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes est maintenue dans la loi du 14 mars 2016 et va être enrichie d'un médecin référent, qui évalue la situation du mineur faisant l'objet d'une information préoccupante, ainsi que de tous les enfants présents sur le lieu de vie. ⁶²

La loi du 5 mars 2007 élaborait un Projet pour l'enfant (PPE). La loi du 14 mars 2016 ne se contente plus d'accueillir mais se projette dans l'avenir. Elle entend améliorer le dispositif en garantissant le développement de l'enfant tout le long de son parcours de protection. Ce projet prendra en considération les dimensions psychologique, sociale, affective et pas seulement médicale. ⁶²

1.2. Certificat médical initial⁶⁴

Les recommandations de bonne pratique sont décrites par la Haute Autorité de Santé et portent sur « le certificat médical initial concernant une personne victime de violences ». Par violences, sont entendues les violences volontaires ou blessures involontaires, physiques ou psychiques. Sur demande de la victime ou sur réquisition judiciaire, ce certificat médical initial est ou non remis à la victime et atteste des violences ou des lésions subies. Ce certificat permet des sanctions mais aussi des indemnisations. Ces recommandations s'appliquent à toutes les victimes, de tout âge quel que soit le type de violences, psychiques ou physiques. ⁶⁴

Ces recommandations sont destinées aux médecins. Néanmoins, dans le Code de Déontologie des sages-femmes et des chirurgiens-dentistes il est écrit : « L'exercice de la profession [...] comporte normalement l'établissement, conformément aux constatations qu'il est en mesure de faire dans l'exercice de son art, des certificats... ». ⁶⁴

L'examen médical impose une méthode stricte pour décrire des lésions ou troubles psychiques ainsi que les conséquences à en tirer :

- Recherche d'antécédents médicaux de la victime ainsi que du contexte des violences subies.
- Constatation avec précisions des lésions somatiques observées. Le siège, la dimension, la couleur, entre autres, doivent figurer sur le certificat médical initial. Il est fortement conseillé

de photographier les lésions sous réserve d'obtenir le consentement de la victime. Il est recommandé d'utiliser des aides au diagnostic comme la radiographie par exemple.

- Constatation des lésions psychiques. Elles peuvent être immédiates ; comme de la détresse ; à court terme ; avec un trouble de stress aigu ; ou tardives comme les troubles post-traumatiques. Il est recommandé de décrire, dans le certificat, les manifestations immédiates constatées afin de qualifier un état initial du sujet, ainsi que les facteurs prédictifs de complications psychiques ultérieures éventuelles.⁶⁴

Certaines victimes justifient une attention particulière notamment les mineurs de moins de 15ans. On retrouve également certaines circonstances aggravantes telles qu'une déficience physique ou psychique, un état de grossesse ou une maladie ou infirmité.⁶⁴

Lors de violences sur mineur de moins de 15ans, il faut rechercher certains facteurs comme une prématurité, des anomalies congénitales, un trouble d'origine neurologique, un trouble du comportement et une maladie chronique, des difficultés relationnelles intrafamiliales, des situations de séparation et de divorce, un alcoolisme, une pathologie mentale et l'existence d'une maltraitance physique pour l'enfant, des antécédents de maltraitance pour les parents, une grossesse multiple, une naissance après un deuil, une vie prolongée en institution.⁶⁴

Le certificat médical initial ne dispense pas du signalement. Le signalement est d'autant plus important que la seule rédaction de ce certificat ne garantit ni que ce certificat sera utilisé, ni de quelle façon, ni la mise à l'abri de la victime. En cas de suspicion de maltraitance chez l'enfant, la protection de l'enfant prime sur la rédaction du certificat médical initial. En effet il est recommandé d'hospitaliser l'enfant pour l'éloigner du danger et ainsi réaliser une évaluation pluridisciplinaire. Dans ce contexte de maltraitance de l'enfant, il est recommandé de remettre à l'accompagnateur une lettre banalisée (par exemple : « Cher confrère, je vous adresse l'enfant X pour bilan radio... ») et de téléphoner au service pour expliquer la suspicion de maltraitance. Concernant les agressions sexuelles sur mineur, il est recommandé d'effectuer un signalement selon les modalités prévues par la loi et de ne pas laisser l'enfant retourner chez lui s'il n'y est pas en sécurité.⁶⁴

S'il y a besoin d'examens complémentaires ou d'avis spécialisé, il est important de mentionner dans le certificat médical initial, qu'il y aura un certificat médical complémentaire ultérieurement.⁶⁴

**Modèle de certificat médical initial
sur demande spontanée de la victime**

**Ce certificat doit être remis à la victime uniquement
(ou son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé,
et si le représentant légal n'est pas impliqué dans la commission des faits).**

Un double doit être conservé par le médecin signataire.

Nom et prénom du médecin : _____

Adresse : _____

Numéro d'inscription à l'ordre des médecins : _____

Je soussigné, Docteur _____ certifie avoir examiné Madame, Mademoiselle, Monsieur
_____ (Nom, Prénom, date de naissance) _____, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à
_____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____,

en présence de son représentant légal, Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____.

Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant de communication), Madame,
Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____.

Il/Elle déclare « avoir été victime d'une agression _____, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____,
à _____ (lieu) _____ ».

Description de l'examen clinique, la gêne fonctionnelle et l'état psychique.

Des examens complémentaires (_____) ont été prescrits et ont révélé _____.

Un avis spécialisé complémentaire (_____) a été sollicité et a révélé _____.

Après réception des résultats, un certificat médical complémentaire sera établi.

Depuis, il/elle dit « se plaindre de _____ ».

La durée d'incapacité totale de travail est de _____ (nombre de jours en toutes lettres)_____ à compter de la date des faits, sous réserve de complications.

Certificat établi, le _____ (date) _____, à _____(heure)_____, à _____(lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre)_____, à la demande de Madame, Mademoiselle, Monsieur _____(Nom, Prénom)_____ et remis en main propre.

Signature et cachet

d'authentification

Figure 38. Modèle de certificat médical initial.⁶⁴

Il est recommandé de :

- rédiger le certificat en français, sur papier libre, dactylographié,
- d'utiliser le présent de l'indicatif pour les constatations certaines et de proscrire l'emploi du conditionnel,
- de ne pas interpréter les faits, d'éviter les omissions et la surdescription des faits.
- de renseigner l'identification du médecin signataire, de la victime, du représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé, de l'interprète si son recours a été nécessaire.
- de décrire avec précision et sans ambiguïté les signes cliniques : nature, dimensions, forme, couleur, siège anatomique précis de la lésion, ainsi que de décrire des signes négatifs pouvant être contributifs comme l'absence de lésions sur une zone douloureuse
- de décrire les signes neurologiques, sensoriels et psychocomportementaux,
- de ne pas préjuger des conséquences différées potentielles sauf si les séquelles consécutives sont évidentes,
- de porter la mention « certificat établi à la demande de... » en précisant le nom de la victime ou du représentant légal, ou « certificat établi sur réquisition de... ».
- de conserver un double,
- de remettre le certificat à la victime ou au représentant légal dans la mesure où le représentant légal n'est pas impliqué dans la commission des faits,

- de ne jamais remettre un certificat à un tiers, le conjoint est considéré comme un tiers,
- de ne pas remettre de certificat à l'autorité judiciaire sauf sur réquisition judiciaire.⁶⁴

En effet, la Haute Autorité de Santé recommande de consigner par écrit toute information dans le dossier médical et de recueillir précisément les dires de l'enfant, entre guillemets. Il est recommandé de s'entretenir seul avec le mineur avec son accord, ainsi qu'un entretien seul avec l'adulte. L'HAS recommande également de laisser l'enfant s'exprimer, sans reformuler ou interpréter ses propos, respecter les silences et privilégier les questions ouvertes. Il est important de ne pas montrer d'émotions ni de porter un jugement sur les propos recueillis.⁶⁴

1.3. Secret professionnel et dérogation

Le secret professionnel est défini par le Code de la santé publique : « Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. » Il a pour but de garantir le respect de la vie privée et la confidentialité. Le secret professionnel est l'interdiction de révéler les informations à caractère secret dont la personne a eu connaissance dans l'exercice de sa profession, sous peine de sanctions. L'article 226-13 du code pénal prévoit que le non-respect du secret professionnel par une personne qui en est dépositaire est puni d'un an d'emprisonnement et 15 000 € d'amende.⁶⁵

Le secret professionnel couvre un champ d'information extrêmement large. L'article R. 4127-206 du Code de la santé publique prévoit que « Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du chirurgien-dentiste dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ». Ainsi, cet article rappelle que le « secret professionnel s'impose à tout chirurgien-dentiste, sauf dérogations prévues par la loi ». ⁶⁶

Le Code de déontologie des chirurgiens-dentistes comprend les devoirs des chirurgiens-dentistes envers les malades. L'article R. 4127-235 du code de la Santé publique prévoit que « lorsqu'un chirurgien-dentiste discerne, dans le cadre de son exercice, qu'un mineur paraît être victime de sévices ou de privations, il doit, en faisant preuve de prudence et de circonspection, mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger et le cas échéant, alerter les autorités compétentes s'il s'agit d'un mineur de moins de quinze ans, conformément aux dispositions du Code pénal relatives au secret professionnel ». ⁶⁶

Les professionnels de santé ne sont pas les seuls ayant l'obligation de signaler un mauvais traitement, sous peine de sanction. En effet l'article 434-3 du Code pénal mentionne : « Le fait, pour quiconque ayant

eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13 »⁶⁷

L'article 226-14 du Code pénal renforce l'autorisation de révéler, pour les personnes tenues au secret professionnel, lorsqu'il s'agit d'un mineur. Selon cet article : « l'article 226-13a n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret ». En outre, il n'est pas applicable : 1° à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique/psychique

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constaté sur le plan physique ou psychique dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est mineure, son accord n'est pas nécessaire ; 3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté l'intention d'en acquérir une.⁶⁸

1.4. Prise en charge pluridisciplinaire

La loi du 5 mars 2007 autorisesous certaines conditions le partage d'information à caractère secret. Ce partage est encadré par des règles strictes. Quatre conditions doivent donc être réunies pour partager une information à caractère secret :

- Le partage se fait exclusivement entre des personnes partageant la même mission de protection de l'enfance (service de l'aide sociale à l'enfance, de la PMI, service hospitalier, association habilitée...).
- Il doit avoir pour objectif d'évaluer une situation individuelle, déterminer et mettre en œuvre des actions de protection et d'aide.
- Il doit être limité aux informations strictement nécessaires à ce qu'implique la missionde protection.
- La personne qui souhaite partager une information doit en informer au préalableles représentants légaux, sauf intérêt contraire de l'enfant.

Le partage des informations à caractère secret permettra aux services départementaux d'effectuer une évaluation pluridisciplinaire de la situation de l'enfant. Le but sera de recueillir des informations auprès des professionnels tenus au secret médical pour avoir une connaissance plus précisede la situation de l'enfant

et de la procédure qu'il conviendra de mettre en œuvre. Le partage permet également de mieux expliquer aux familles concernées les orientations proposées avant de définir des interventions plus adaptées.

2. La consultation

2.1. Au cours de l'entretien avec l'entourage de l'enfant

Il est recommandé de s'entretenir avec l'entourage, de poser des questions ouvertes, sans émettre de jugement. Le but est d'obtenir des informations concernant les antécédents médicaux et familiaux, les événements de vie qui peuvent affecter l'enfant, le comportement habituel de l'enfant, l'environnement dans lequel il vit, l'environnement familial (nombre de frères et sœurs, y compris les demi-frères et demi-sœurs, stabilité et vie conjugale du couple, règles éducatives, antécédents de maltraitance dans l'enfance des parents), la relation parent-enfant. Il est important de rester attentif lors de l'entretien, car il faut garder à l'esprit que l'accompagnateur (parent ou adulte de l'entourage) peut être l'auteur présumé ou un témoin passif.²⁵

2.2. Au cours de l'entretien avec l'enfant

Un entretien en tête-à-tête avec l'enfant est recommandé dès que son âge le permet et avec son accord, et de commencer par poser des questions simples (école, maison, loisirs, amis, famille) puis laisser l'enfant s'exprimer spontanément, en évitant de reformuler ou d'interpréter ses propos, en respectant les silences. Le but étant de préciser l'origine des lésions observées.⁴⁵

3. Conduite à tenir

3.1. Quand ?

Deux cas de figure imposent un signalement⁶²:

- Une situation de danger imminent, nécessitant la transmission d'un signalement au procureur de la République
- Toutes les autres situations, où le signalant juge qu'il n'y a pas de caractère urgent, feront preuve d'une information préoccupante transmise à la CRIP. Cependant, la CRIP, lorsqu'elle va traiter l'information préoccupante, peut décider qu'elle relève d'un caractère de « danger immédiat » et saisir le procureur de la République.

3.2. A qui ?

S'il y a suspicion de maltraitance ou suspicion de risque de violence, le professionnel pourra s'adresser⁶² :

- Soit au Conseil général via la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP). Le praticien rédige donc une « transmission d'information préoccupante » comme le veut la loi du 5 mars 2007.
- Soit aux autorités judiciaires. Il s'agit alors d'un signalement adressé au procureur de la République, également appelé Parquet.
- Deux numéros sont à disposition pour quiconque voudrait transmettre une information préoccupante, y compris l'enfant lui-même : 119 ou au Numéro Vert d'Enfance et Partage 0800 05 1234.



Figure 39. Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED).⁶⁹

3.2.1. La transmission d'information préoccupante au CRIP

La loi du 5 mars 2007 a permis la création de la CRIP, dont est responsable le Conseil général, qui a pour mission de recueillir, évaluer et traiter les informations préoccupantes. Cette loi a introduit la notion d'information préoccupante afin de la distinguer du signalement destiné au Parquet. Une transmission d'information préoccupante est définie comme toute information, y compris médicale, permettant de suspecter une situation de danger d'un enfant ou un risque de danger pour l'enfant. Toutes ces informations préoccupantes convergent vers la CRIP. La CRIP est en relation direct avec les services du département, les tribunaux, les professionnels et le 119. En cas de situation d'extrême urgence, il est nécessaire de faire un signalement au Parquet. Le signalant est tenu de faire une copie du signalement et de l'adresser à la CRIP.⁶² (Voir annexe)

3.2.2. Signalement au procureur de la République

En raison de l'extrême gravité des faits, le signalement est adressé au procureur de la République du Tribunal de Grande Instance du lieu des faits. Dans l'extrême urgence, le signalement peut être envoyé par courrier ou télécopie.⁶²

En effet, ce recours est utilisé seulement dans certains cas :

- Les cas d'urgence. Si le signalant juge que la situation est telle que l'enfant a besoin d'une protection judiciaire ou une mise à l'abri immédiate. Le Parquet est donc saisi par le signalement et c'est au procureur de la République de décider d'une ordonnance de placement provisoire de l'enfant.
- Les cas de suspicion d'infractions à la loi de nature sexuelle, ou d'une maltraitance caractérisées. Il est recommandé dans ces cas particuliers de transmettre un signalement au Parquet car ces faits constituent une infraction pénale donnant lieu à des poursuites judiciaires.
- Cas particuliers.

- Lorsque l'enfant en danger a déjà fait l'objet d'une ou plusieurs actions qui n'ont pas permis d'aider l'enfant.

- Lorsque les mesures d'aide et d'intervention du service social ne peuvent être mises en place en raison du refus de la famille, ou de l'impossibilité de la famille de collaborer avec les services sociaux.

- Lorsqu'il est impossible d'évaluer la situation.

Dans ces cas particuliers, c'est le président du Conseil général qui d'abord saisit une information préoccupante via la CRIP puis transmet un signalement au procureur de la République.⁶²

De plus, il le fera lorsqu'un mineur est en danger comme le décrit l'article 375 du Code Civil :
« Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public. Dans les cas où le ministère public a été avisé par le président du conseil départemental, il s'assure que la situation du mineur entre dans le champ d'application de l'article L. 226-4 du code de l'action sociale et des familles. Le juge peut se saisir d'office à titre exceptionnel. »⁷⁰

3.2.3. Récapitulatif

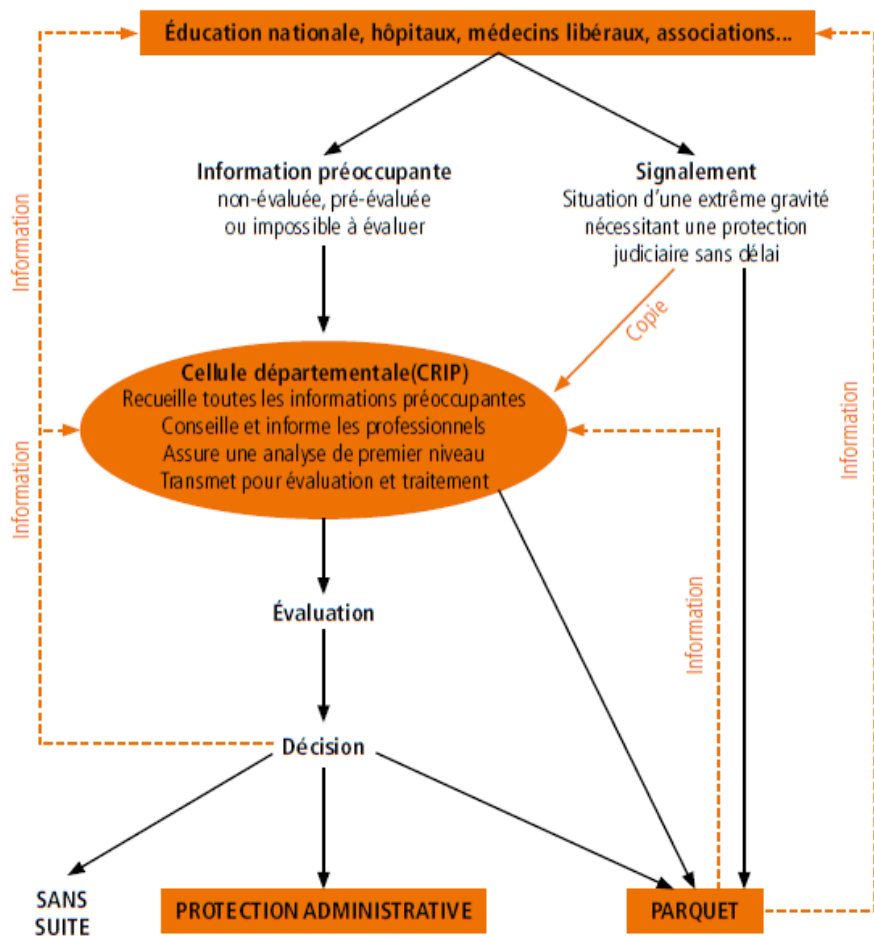


Figure 40 Schéma de recueil, d'évaluation, de traitement des informations concernant des mineurs.⁶²

3.3. Comment signaler ?

3.3.1. La rédaction d'une information préoccupante/ d'un signalement

Que ce soit une information préoccupante adressée à la CRIP ou un signalement transmis au Parquet, la rédaction des documents doit respecter des règles strictes. A savoir qu'un signalement rédigé conformément à la loi ne peut faire l'objet de poursuite ou sanction disciplinaire.⁶²

Le signalement doit rester aussi neutre et objectif que possible. Les renseignements devant y figurer sont les suivants :

- Éléments concernant l'auteur de l'information : Nom, prénom, qualité, structure, adresse, téléphone du signalant
- Identification du mineur concerné : Nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse, établissement scolaire... de l'enfant
- Identification des parents/représentants légaux : Nom, prénom, adresse, téléphone
- Identification des autres mineurs présents au domicile familial : Nom, prénom, date et lieu de naissance
- Description des faits : énoncé des faits motivant la transmission de l'information. Il doit être fait sans jugement de valeur. Il est important que la recherche d'information ne soit pas biaisée pas des questions fermées ou orientées (si éventuelle enquête judiciaire). L'informateur doit donner des éléments précis, il doit décrire le plus objectivement les lésions ou troubles constatés.
- Les faits ou dire rapportés : par l'enfant doit être cités entre guillemets. Il faudra utiliser le conditionnel pour les éléments relatés dont la réalité des faits n'est pas encore établie.⁶²

La fiche d'information peut et doit être complétée par tout élément jugé utile comme la façon dont le signalant a eu connaissance des faits et son lien avec l'enfant concerné ; des photographies/radiographies ; une copie du certificat médical. La seule différence entre la transmission d'information préoccupante et le signalement au procureur est que le signalement doit être formulé par écrit. La transmission d'information préoccupante, quant à elle, peut être rédigée sur feuille libre ou sur formulaire, et envoyée par courrier ou par mail. Elle peut également être orale (entretiens, téléphone). Afin d'aider les professionnels dans cette démarche, un modèle de signalement a été élaboré avec la participation du ministère de la Justice, le ministère de la Santé de la Famille et de Personnes handicapées, le ministère délégué à la Famille, le Conseil national de l'ordre des médecins et les associations de protection de l'enfance.⁶²

Cachet du médecin

SIGNALEMENT

(Veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

- date (jour de la semaine et chiffre du mois) ;
- année :
- heure :

L'enfant :

- nom :
- prénom :
- date de naissance (en toutes lettres) :
- sexe :
- adresse :
- nationalité :

Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec l'enfant) :

La personne accompagnatrice nous a dit que :

«

»

L'enfant nous a dit que :

«

»

Cachet du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :
Oui
Non
(**raier la mention inutile**)

- description du comportement de l'enfant pendant la consultation :

- description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine) :

Compte tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au procureur de la République

Fait à _____, le _____

Signature du médecin avant examiné l'enfant :

Figure 41 Modèle type de signalement²⁵

3.3.2. Suites administratives et judiciaires

La CRIP, après réception d'une information préoccupante accuse la réception. Le signalant sera également informé de l'issue du traitement. De même pour un signalement transmis au procureur de la République, il doit faire l'objet d'un retour d'information: « il informe cette personne des suites réservées à son signalement, dans les conditions prévues aux articles 40-1 et 40-2 du code de procédure pénale. » L'enfant maltraité ou à risque de l'être, visé par une transmission d'information (que ce soit une transmission d'information préoccupante ou un signalement), pourra bénéficier soit d'une protection administrative (via la transmission d'IP à la CRIP) soit d'une protection judiciaire (via un signalement au procureur de la République).⁶²

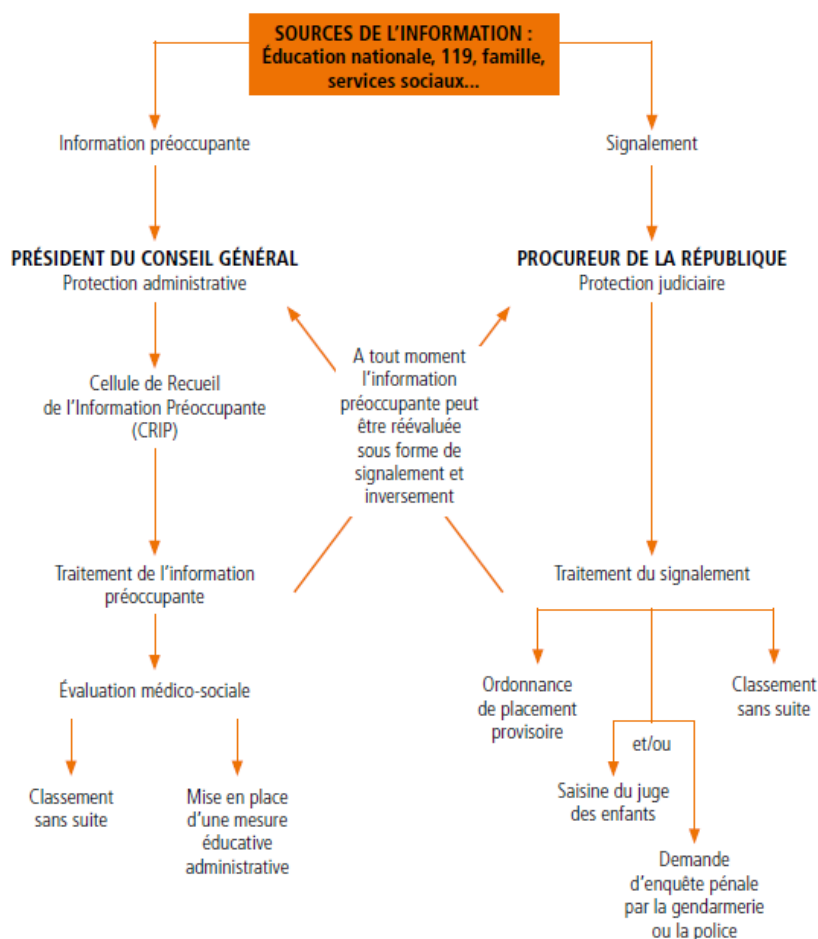


Figure 42 Prise en charge administrative versus prise en charge judiciaire.⁶²

3.3.2.1. La prise en charge administrative

Pour la transmission d'une information préoccupante à la Cellule de Recueil de l'Information Préoccupante (CRIP). D'une évaluation médico-sociale en découlera soit une mesure éducative administrative soit un classement sans suite. Les services départementaux sont responsables d'organiser une évaluation de la situation du mineur.⁶²

La première étape consiste à rencontrer l'enfant concerné par l'information préoccupante, et un parent au minimum. Cette rencontre permettra dans un premier temps de donner les informations légales de cette intervention, la nature des informations parvenues à la CRIP, les inquiétudes concernant le mineur. Dans un second temps, il sera renseigné tous les éléments concernant l'évaluation qui va être réalisée (visite à domicile, rencontre de tierces personnes...).

La seconde étape a pour but de mieux connaître la situation de l'enfant. Des auditions des membres de la famille, de son entourage, des professionnels auront lieu pour approfondir la situation de l'enfant.

La dernière étape consiste à établir un rapport sur la situation complète de l'enfant en vue d'une évaluation médico-sociale. Ensuite, un délai de trois mois est accordé avant de prendre une décision sur les suites à donner au dossier.⁶²

Les différentes issues du traitement de l'information préoccupante sont :

- Le classement sans suite, si l'évaluation démontre que l'enfant n'est pas en danger ni à risque de danger.
- Une proposition d'aide, si l'évaluation décèle un danger ou un risque de danger pour l'enfant concerné. Parmi ces aides on compte : l'accompagnement social, l'aide financière, l'aide éducative à domicile (AED), l'accompagnement en économie sociale et familiale, l'accueil de l'enfant en établissement ou chez un assistant familial...⁶²

Le consentement des familles est obligatoire pour toute mesure administrative. En l'absence de consentement et en cas de danger avéré, le président du Conseil général peut saisir le Parquet.⁶²

3.3.2.2. La prise en charge judiciaire

Elle est appliquée lorsqu'un signalement est transmis au Procureur de la République, au Parquet. Il est l'acteur central de la procédure judiciaire, il reçoit les signalements de maltraitance et peut décider d'une prise en charge judiciaire pour poursuivre l'auteur des faits. La Brigade des Mineurs et/ou la procédure civile va protéger l'enfant concerné, en saisissant le Juge des Enfants.⁶²

3.3.2.2.1. La procédure judiciaire

Lorsque les faits relèvent d'une infraction à la loi, le Parquet peut ordonner des investigations via une enquête de police ou de gendarmerie confiée à la Brigade des Mineurs (BM) ou Brigade de Protection des Mineurs (BPM). Plusieurs missions lui sont confiées : répression des infractions à l'encontre des mineurs, prévention et protection de l'enfant et de l'adolescent. Elle est composée de deux sections : les groupes d'enquête (chargés des affaires intrafamiliales : incestes, enlèvement, maltraitance...) et les groupes opérationnels (chargés des affaires extrafamiliales : agresseurs sexuels, prostitution...) dont un groupe est spécialisé dans la répression de la pédophilie et de la pédopornographie.⁶²

Lors de l'enquête pénale, une audition filmée appelée « audition de Mélanie » (du nom de la première enfant auditionnée) aura lieu dans une UAMJ (Unités d'Accueil Médico-Judiciaires : collaboration entre l'administration de la Santé et celle de la Justice) ou à défaut à la Brigade des Mineurs. Elle a pour but d'éviter à l'enfant des auditions multiples, ainsi que d'évaluer les attitudes et les comportements de l'enfant.⁶²

Les différentes issues de l'enquête pénale sont :

- Un classement sans suite, si l'auteur ou les auteurs n'ont pu être identifiés, ou si le dossier est insuffisant
- Des mesures alternatives aux poursuites, comme un rappel à la loi, médiation, mesures d'aide et de réparation
- Des poursuites judiciaires, où l'affaire sera jugée devant le Tribunal Correctionnel ou la Cour d'Assises, il y aura donc un procès.⁶²

3.3.2.2.2. La procédure civile

Le procureur de la République possède également des compétences civiles pour protéger l'enfant concerné par le signalement. La première étape consiste en une évaluation de la situation afin de recueillir des renseignements d'ordre socio-éducatif. La seconde étape est la saisie du Juge des Enfants pour ouvrir un dossier d'assistance éducative. Le Juge des Enfants, malgré l'absence de consentement, pourra imposer sa décision.⁶² La décision peut consister en :

- une mesure d'investigation
- un maintien de l'enfant dans sa famille avec un accompagnement éducatif ou une action éducative en milieu ouvert (AEMO)
- La mesure judiciaire d'Aide à la Gestion de Budget Familiale
- un placement de l'enfant⁶²

Et enfin d'ordonner un placement provisoire (OPP : ordonnance de placement provisoire) du mineur maltraité en cas d'urgence ou danger imminent.⁶²

IV. Cas clinique décrit dans la littérature⁷¹

En octobre 2013, une petite fille âgée de 5 ans et 8 mois consulte, accompagnée de sa tante maternelle, un chirurgien-dentiste. Sa tante est également son représentant légal. La petite fille consulte pour une évaluation dentaire, sans se plaindre de douleurs. Le questionnaire médical ne révèle pas d'antécédents médicaux négatifs. L'historique familial montre que la fillette est la cadette d'une fratrie de trois frères et sœurs, d'une mère célibataire. En revanche, la mère connaît des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie. En effet, la petite fille bénéficiait d'un suivi thérapeutique. L'anamnèse révèle que la petite fille n'a jamais reçu de soins dentaires. Selon la tante, la petite fille a l'habitude de mettre des objets dans sa bouche. Lors de la consultation, la petite fille apparaît introvertie et craintive.⁷¹

L'examen clinique extra-oral ne révèle aucune lésion ni anomalie. C'est lors de cet examen clinique que le dentiste a reçu un refus de photographier la petite fille. L'examen clinique intra-oral s'est effectué avec difficultés du fait de l'anxiété de la patiente. Il en ressort plusieurs informations : une denture temporaire complètercondante avec l'âge de la patiente, plusieurs cavités de carie asymptomatiques, principalement les incisives maxillaire, les premières molaires secteur 5,7,8 , ainsi que la seconde molaire secteur 7 (51, 52, 61, 62, 54, 74, 84, 75). La patiente présente un syndrome de Caries Précoces de l'Enfant, stade sévère, il est également noté une insuffisante voire absence d'hygiène bucco-dentaire du fait des dépôts de plaque abondants sur les surfaces antérieures et la langue.⁷¹

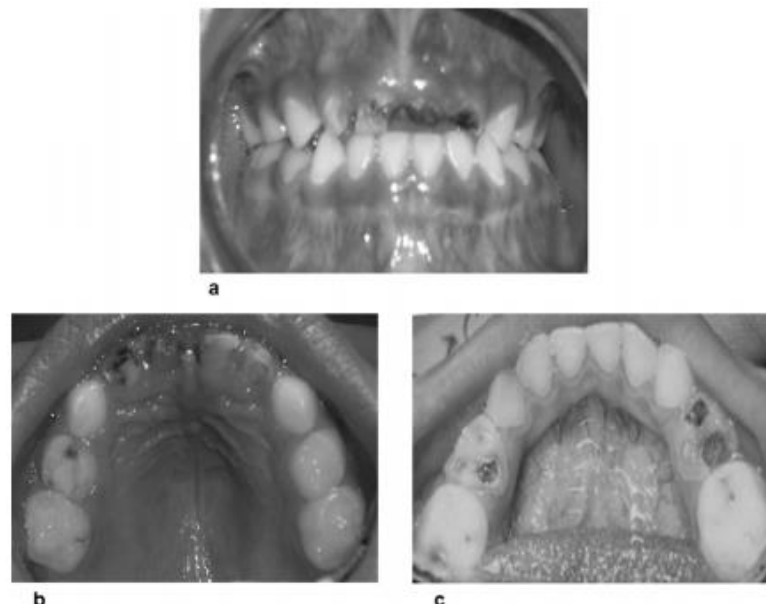


Figure 43 a. Vue frontale; b. Vue intra-orale du maxillaire; c. Vue intra-orale de la mandibule.

L'anxiété de la patiente a été progressivement traitée par une thérapie cognitivo-comportementale comprenant la désensibilisation, le renforcement positif, tell-show-do. La patiente a donc accepté tous les soins nécessaires. Des conseils d'hygiène bucco-dentaire et d'habitudes alimentaires ont été fournis et renforcés tout au long des rendez-vous. Plusieurs comportements de la patiente ont alerté le praticien, qui a remarqué que la patiente devenait nerveuse lorsqu'elle croisait un adulte de sexe masculin. Elle chuchotait que les garçons étaient dangereux. Après une enquête approfondie, la tante a révélé que son neveu avait abusé sexuellement et oralement de la patiente plusieurs mois auparavant. Elle révèle que les voisins l'ont souvent entendue crier. Le service de protection de l'enfance a accordé la garde de l'enfant à la tante et une approche psychologique a été lancée.⁷¹

Conclusion

La maltraitance des enfants et des adolescents en France est sous-évaluée, une série d'articles publiés dans *The Lancet* estiment que 10% des enfants seraient victimes de maltraitance dans les pays développés. Les causes de la sous déclaration sont multiples, parmi celles-ci le manque de connaissance et de formation des professionnels de santé. En effet, la formation sur la maltraitance n'apparaît pas dans les principaux items du Diplôme de formation approfondie en sciences odontologiques. A contrario, il est inscrit dans les objectifs généraux éthiques que les futurs chirurgiens-dentistes doivent être capables de gérer des situations spécifiques telles que la maltraitance. D'autres causes expliquent la sous-déclaration de la maltraitance, comme certaines barrières psychologiques lorsque les parents sont compliants et amicaux, ou encore la crainte de répercussions éventuelles sur le plan professionnel ou sur le plan personnel avec la peur d'une confrontation violente physique ou verbale avec la famille. Certains praticiens penseront également que la situation de l'enfant s'aggraverait avec un signalement ou avec les conséquences directes d'un signalement (par manque de connaissance sur les suites des procédures). Mais il est important de garder à l'esprit le but premier d'un signalement, protéger l'enfant. Il en est de notre responsabilité en tant que professionnel de santé.

Le Conseil départemental a pour mission d'assurer la protection des enfants en danger, qu'ils soient maltraités ou en situation à risque. La Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) intervient au quotidien pour le respect fondamental des droits des enfants. La loi du 5 mars 2007 charge le Conseil départemental du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes concernant les enfants en danger ou en risque de l'être. Une information préoccupante est un ensemble d'informations, y compris médicales, susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou en risque de l'être. Dès réception des informations préoccupantes, la cellule procède à une analyse de premier niveau afin d'apprécier la suite à donner. En cas d'infractions pénales, la cellule transmet immédiatement les informations au Procureur de la République. Dans les autres cas, la CRIP sollicite une évaluation de la situation auprès du service territorial d'action sociale compétent.

Un enfant est en danger lorsqu'il est victime de violences physiques ou psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement, lorsqu'il est victime d'agressions sexuelles, ou enfin lorsque ses conditions de vie peuvent compromettre sa santé, sa sécurité et son éducation. Signaler un enfant en danger est un devoir. Le Code de Déontologie des Chirurgiens-dentistes donne l'obligation à chacun d'entre nous de porter assistance aux enfants maltraités ou en situation de risque.

Certaines situations exceptionnelles requièrent une vigilance accrue envers les enfants et les adolescents dont l'environnement familial pourrait les exposer à un danger. La France, ainsi que le monde entier, connaissent une crise sanitaire sans précédent. La pandémie provoquée par la Covid-19 a contraint l'Etat à prendre des mesures exceptionnelles et à déclarer l'état d'urgence sanitaire le 23 mars 2020. Le confinement est l'une des stratégies mise en place afin de faire face à cette crise sanitaire. Ce confinement entraîne toutefois une augmentation des risques de maltraitance. Face à ces difficultés, de nombreux

dispositifs ont été renforcés. Le Service « 119-Allo Enfance en Danger » a déclenché un plan de continuité d'activités. Cette réorganisation a permis de répondre à la montée exponentielle et rapide du nombre d'appels. 51 077 appels sont comptabilisés du 18 mars 2020 au 10 mai 2020 soit une augmentation de 56.2%. La réorganisation a permis un taux de décroché dépassant 94%. Du 18 mars au 10 mai 2020, 55% des appels pris par les écoutants du 119 ont donné lieu à des informations préoccupantes. Des plans de continuité d'activité sont déclenchés également dans les tribunaux afin que la justice maintienne les procédures d'urgence permettant de garantir la protection de tous les enfants. Le Ministère des Solidarités et de la Santé a relancé, le 30 mars 2020, sa campagne de communication pour le 119. L'information sur le 119 est relayée sur les réseaux sociaux via le hashtag « #EnfanceEnDanger ». Le 2 avril 2020, un nouveau canal a vu le jour. En effet, le 119 a mis en ligne un formulaire permettant aux internautes (enfants ou adultes) d'évoquer par écrit une situation d'enfant en danger ou en risque de l'être.

En plus des outils de communication mis en place pour informer sur cette thématique (publicité, campagne de communication sur les réseaux sociaux...) nous avons créé un flyer d'information visant les professionnels de santé ainsi que les étudiants en santé. Ce flyer définit ce qu'est la maltraitance, comment la reconnaître et comment agir face à une situation de danger. La diffusion du flyer auprès de cette population cible aura pour but d'aider les professionnels de santé à identifier les enfants victimes de maltraitance et les informer sur les conduites à tenir. (Annexe 2)

Annexe 1 : Coordonnées des CRIP de France

	Département	Mail	Téléphone	Adresse postale
01	Ain	crip@cg01.fr		
02	Aisne	informationspreoccupantes@aisne.fr		
03	Allier			
04	Alpes-de-Haute-Provence	http://www.mondepartement04.fr/nous-ecrire/contact/cellule-de-recueil-des-informations-preoccupantes-crip.html	04 92 30 07 07	
05	Hautes-Alpes	celluledepartementale@cg05.fr	04 92 40 39 21	
06	Alpes-Maritimes	protectiondelenfance@cg06.fr	0 805 40 06 06	

07	Ardèche		04 75 66 78 47	Pôle Astier-Froment BP 737 07007 Privas
08	Ardennes	crip08@cd08.fr	0 810 08 90 00	13 Place Winston Churchill 08000 Charleville-Mezieres
09	Ariège	cellule09enfance@ariego.fr		
10	Aube	crip10@aube.fr	03 25 42 4857 Fax : 03 2542 48 49	
11	Aude			
12	Aveyron		05 65 73 6800 05 65 73 6866 05 65 73 6846	Unité Protection enfance en danger - 4 rue de Paraire CS 23109 - 12 031 RodezCedex 9
13	Bouches-du- Rhône	crip13@cg13.fr	04 13 31 9311 0 800 13 1300	

14	Calvados			
15	Cantal		0 800 15 0800 04 71 46 4893 Fax : 04 71 46 20 13	Conseil Général du Cantal 28 av Gambetta 15015 Aurillac
16	Charente	crip16@lacharente.fr	05 16 09 7620 05 16 09 6785 Fax : 05 16 09 52 27	31 boulevard Émile Roux CS 60000 16917 Angoulême Cedex 9
17	Charente- Maritime		05 46 31 70 00	Département de la Charente-Maritime Direction de l'enfance, de la famille et de l'action sociale - CRIP 85 boulevard de la République CS 60003 17076 La Rochelle Cedex 9
18	Cher	crip18@departement18.fr	02 48 55 82 05	Conseildépartemental –

				Direction enfance, santé, famille – rue Heurtault de Lamerville PB 612 18016 Bourges cedex
19	Corrèze			
2a	Corse-du-Sud		0 800 00 01 19	Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes BP 414, 20183 Ajaccio Cedex
2 b	Haute-Corse		04 95 54 34 74 Fax : 04 95 55 02 23	Direction de l'Enfance - Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes Hôtel du Département - Rond-point du Maréchal Leclerc 20405 Bastia Cedex 9
21	Côte-d'Or	enfanceendanger@cg21.fr	0 800 101 119	1 rue Joseph Tissot 21000 Dijon
22	Côtes- d'Armor	crip22@cg22.fr	0 810 11 22 11 Fax : 02 96 77	9 place du Général de Gaulle CS 42371 22023

			68 16	Saint BriucCedex 1
23	Creuse			
24	Dordogne		05 53 02 27 89 Fax. 05 53 02 09 05	C.D.I.P. Cité administrative Bugeaud 24 016 PérigueuxCedex
25	Doubs	sdrip25@doubs.fr	03 81 258 119	Service départemental de recueil des informations préoccupantes : 18 rue de la Préfecture 25000 Besançon
26	Drôme	dromesolidarités@ladrome.fr	0 810 01 2626 04 75 79 7078 Fax : 04 75 41 35 51	Direction enfance famille santé 13 avenue Maurice Faure 26000 Valence
27	Eure	crip-27@cg27.fr	02 32 31 94 32 Fax : 02 32 39 91 83	

28	Eure-et-Loir		02 37 20 1286 02 37 20 1291 Fax : 02 37 20 12 86	19 place des Epars 28000 Chartres
29	Finistère		02 98 76 63 36 Fax 02 98 76 23 52	32 boulevard Dupleix 29196 Quimper cedex
30	Gard	alerte.enfance@gard.fr	0 810 800 030	
31	Haute- Garonne		0 800 31 08 08	
32	Gers		0 800 32 31 30	

33	Gironde	crip33@gironde.fr	05 56 99 33 33	Direction de la protection de l'Enfance et de la Famille - Cellule Recueil des informations préoccupantes de Gironde
34	Hérault		04 67 67 65 62	Service orientation départemental de l'enfance en danger (SODED) - direction enfance famille Pôle des Solidarités, Hôtel du Département, 1000 rue d'Alco, 34087 Montpellier Cedex4
35	Ille-et-Vilaine		02 99 02 38 59 Fax : 02 99 02 34 50	Bureau des Informations Préoccupantes 1, avenue de la Préfecture CS 24218 - 35042 Rennes Cedex
36	Indre			
37	Indre-et-Loire			
38	Isère		04 76 00 32 63	Direction enfance Famille Conseil général de l'Isère

			Fax : 04 76 00 39 04	BP 1096 38022 Grenoble cedex
39	Jura		0 800 11 90 39	Direction Générale Adjointe des Services en charge des Solidarités et de la Santé Service Enfance Famille Mission Jura Enfance à Protéger 355 Boulevard Jules Ferry 39000 Lons le Saunier
40	Landes		Fax : 05 58 05 41 84	Cellule Recueil des Informations Préoccupantes des Landes (CRIP 40) / Pôle Protection de l'Enfance (PPE)
41	Loir-et-Cher	crip41(@)cg41.fr	02 54 56 06 96 Fax : 02 54 58 43 88	Direction adjointe de la cohésion sociale en charge des dispositifs transversaux et de prévention – 34, avenue Maunoury – Porte D – 41020 Blois Cedex
42	Loire	cdpp42@cg42.fr	04 77 49 92 10 Fax : 04 77 49 92 11	23, rue d'Arcole BP 264 42016 St Etienne Cedex 1

43	Haute-Loire		0 810 043 119	
44	Loire- Atlantique	crip44@loire-atlantique.fr	02 51 17 21 88	Cellule de recueil des informations préoccupantes - 3 quai Ceineray - 44041 Nantes cedex1
45	Loiret	dsd@loiret.fr		
46	Lot		05 65 53 44 72	
47	Lot-et- Garonne			
48	Lozère	medo@cg48.fr	04 66 49 42 10 Fax : 04 66 49 33 37	Conseil général Service Enfance Famille Rue de la Rovère - 48000 Mende
49	Maine-et- Loire	crip49@maine-et-loire.fr	02 41 81 45 40 Fax 02 41 81 45 10	Service Enfance en danger CS 94104 49941 Angers cedex 9

50	Manche	crip@manche.fr	02 33 05 55 50	<p>Monsieur le Président du conseil départemental de la Manche</p> <p>Service de l'aide sociale à l'enfance</p> <p>Cellule de recueil des informations préoccupantes 50050 Saint-Lô Cedex</p>
51	Marne	ase@marne.fr	03 26 69 52 42	<p>Aide Sociale à l'Enfance</p> <p>2 bis, rue de Jessaint 51000 Chalons En Champagne</p>
52	Haute-Marne		03 25 32 87 51	<p>Conseil départemental de la Haute-Marne</p> <p>Service enfance et jeunesse – Pôle Informations préoccupantes et prévention</p>
53	Mayenne	crip@lamayenne.fr	<p>02 43 59 57 84</p> <p>Fax : 02 43 59 19 30</p>	<p>2 bis boulevard Murat CS 78888 53 030 Laval Cedex 9</p>

54	Meurthe-et-Moselle		0 810 27 69 12	
55	Meuse		03 29 77 3708 03 29 45 7630	
56	Morbihan	infos.preoccupantes@morbihan	02 97 54 57 73	

		.fr	02 97 54 78 14	
57	Moselle	CDIP57@moselle.fr	0 800 05 67 89	Cellule Départementale des Informations Préoccupantes 28/30 avenue André Malraux 57046Metz Cedex 1
58	Nièvre	crip58@cg58.fr	03 86 60 6900 03 86 60 5880	Conseil Général de la Nièvre Fonction d'Appui Famille Enfance Hôtel du Département 58039 Nevers Cedex
59	Nord			
60	Oise	crip@cg60.fr	03 44 06 60 20 Fax : 03 44 45 14 95	1 rue de Cambry 60000 Beauvais
61	Orne	crip@cg61.fr	02 33 81 63 06	Pôle sanitaire social Direction enfance famille 13, rue Marchand-Saillant CS 70541 - 61017

				AlençonCedex
62	Pas-de-Calais	informationspreoccupantes@cg 62.fr	03 21 21 89 89 Fax : 03 21 60 41 35	Conseil Général du Pas de Calais Hôtel du département Direction de l'Enfance et de la famille Bureau de Coordination du Signalement et de l'Enfance en Danger Rue Ferdinand Buisson 62018 ARRAS Cedex 9
63	Puy-de-Dôme	CRIP63@cg63.fr	04 73 42 20 50 Fax : 04 73 42 23 65	Cellule de recueil des informations préoccupantes 24 rue Saint Esprit 63033 Clermont-Ferrand Cedex 1
64	Pyrénées- Atlantiques			
65	Hautes- Pyrénées		08 00 11 90 65	CRIPS Rue Gaston Dreyt 65000 Tarbes

66	Pyrénées-Orientales			
67	Bas-Rhin		03 69 06 70 70 Fax : 03 69 06 70 99	Direction de l'enfance et de la famille - Service de protection de l'enfance - Dispositif enfance en danger - Hôtel du Département

				Place du Quartier Blanc 67964 Strasbourg cedex 9
68	Haut-Rhin		03 89 30 66 66	CRIPS - 100 avenue d'Alsace Colmar
69	Rhône	enfance-endanger@rhone.fr	04 72 61 72 62	
70	Haute-Saône		03 84 95 72 74	DSSP Place du 11 ^{ème} chasseurs - 70000 Vesoul
71	Saône-et- Loire		03 85 400 600	
72	Sarthe		Fax : 02 43 81 78 95	Aide sociale à l'enfance Cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes Annexe de la Croix de Pierre - 2 rue des Maillets 72072 LE MANS Cedex 9

73	Savoie		04 79 60 29 25 Fax 04 79 60 28 97	Direction générale adjointe de la vie sociale Délégation départementale enfance jeunesse famille Place François Mitterrand – CS 71806 73018 Chambéry cedex
74	Haute-Savoie	celluleenfanceendanger@cg74.f r	04 50 33 20 33 Fax : 04 50 33 22 28	
75	Paris	crip75@paris.fr	01 53 46 86 81 Fax : 01 53 46 86 30	76/78 rue de Reuilly 75583 Paris Cedex 12
76	Seine- Maritime		02 35 03 51 15 Fax : 02 35 03 51 00	Direction de l'Enfance et de la Famille Hôtel du Département- Bât F Quai Jean Moulin BP 3049 76041 Rouen Cedex 1
77	Seine-et- Marne		01 64 14 77 38 Fax : 01 64 14	CRIP 77 Conseil Départemental – Mission De Prévention - Rue Saint

			77 36	Louis 77000 Melun
78	Yvelines	ccip@yvelines.fr	01 39 07 74 30 Fax : 01 39 07 81 39	3, rue Saint Charles 78000 Versailles
79	Deux-Sèvres		05 49 06 63 22	Bureau Informations Préoccupantes et Signalements 74 rue Alsace Lorraine - CS 58880 79028 Niort Cedex
80	Somme	Espace.droitsenfant@somme.fr	03 22 97 22 97 Fax : 03 22 97 22 33	Conseil Général Direction Enfant et Famille Services de l'aide sociale à

				<p>l'enfance - Espace des droits de l'enfant Centre administratif départemental</p> <p>1 boulevard du port BP 32</p> <p>615 80026 Amiens cedex1</p>
81	Tarn			
82	Tarn-et-Garonne		0 800 00 82 82	<p>CDPE 7 Allées Mortarieu à Montauban - Hôtel du Département - Boulevard Hubert Gouze - B.P. 783-82013 Montauban Cedex</p>
83	Var	sip83@var.fr	0 800 10 10 83	<p>04.83.95.20.99 Toulon</p> <p>04.83.95.31.99 Draguignan</p>
84	Vaucluse	aled@vaucluse.fr	0 800 084 001	<p>Monsieur le Président du Conseil départemental, ALED Vaucluse, 6</p> <p>boulevard Limbert 84 000 Avignon</p>

85	Vendée	crip85@vendee.fr	02 28 85 88 85	
86	Vienne	signalement- enfance@departement86.f	05 49 45 93 61 Fax : 05 16 01 02 01	direction Générale Adjointe des Solidarités – 39 rue de Beaulieu 86 034 Poitiers Cedex
87	Haute-Vienne	contact.cellule- protectionenfance@haute- vienne.fr	05 44 00 11 84 Fax : 05 44 00 14 10	Conseil départemental de la Haute Vienne - Pôle solidarité enfance Cellule départementale des informations préoccupantes - 11 rue François Chénieux CS 83112 87031 Limoges Cedex 1
88	Vosges			
89	Yonne	crip89@cg89.fr	03 86 72 84 60 Fax : 03 86 72 84 61	Conseil Général de l'Yonne Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes 1 rue de l'étang St Vigile - 89089 Auxerre Cedex

90	Territoire de Belfort	CelluleEnfance@territoiredebelf ort.fr	03 84 90 9535 03 84 90 9534	Centre commercial des 4 as - Tour B - 2e étage rue de l'As de Carreau 90000 Belfort
91	Essonne	crip@cd-essonne.fr		
92	Hauts-de- Seine		0 800 00 92 92	
93	Seine-Saint- Denis	crip@cg93.fr	0 800 00 093 01 43 93 10 35 Fax : 01 43 93	

			82 50	
94	Val-de-Marne		0 811 900200 Fax : 01 4399 75 53	Direction de l'enfance et de la famille Aide sociale à l'enfance 93006 Bobigny Cedex
95	Val-D'oise		01 34 25 76 62	2 avenue de la Palette 95 000 Cergy
97 1	Guadeloupe			
97 2	Martinique			
97 3	Guyane		05 94 39 04 00	Service Du Recueil Des Informations Préoccupantes (SRIP) 36 r 14 Juillet, 97300 Cayenne

97 4	La réunion		0 800 22 5555 02 62 90 3970 02 62 90 3395 Fax 02 62 90 38 97	Conseil Départemental de La Réunion - Direction Famille Enfance CRIP 974 2, rue de la Source 97488 Saint-Denis Cedex
97 6	Mayotte		02 69 64 37 77 Fax : 02 69 64 37 98	Conseil General De Mayotte Cellule Bass Maltraitance 97600 Mamoudzou

Annexe 2

Dépliant informatif « Maltraitance des enfants »

Contacts

- CRIP des Bouches du Rhône
04 13 31 13 31
crip13@departement13.fr
- CRIP France 
- Allo Enfance en danger
119
#EnfanceEnDanger
- Enfance et partage
N° Vert 0 800 05 1234
- Police ou Gendarmerie
17



ENFANCE EN DANGER

Rôle des professionnels de santé



En savoir plus

- HAS. Maltraitance chez l'enfant : Repérage et conduite à tenir.
- HAS. Formulaire type de signalement. 
- Loi 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, complétée par la loi du 14 mars 2016.



Qu'est ce qu'un enfant en danger ?

Un enfant est en danger lorsqu'il y a **non-respect** des droits et des **besoins fondamentaux** :

- Mauvais traitement physique et/ou affectif.
- Sévices sexuels
- Négligence de l'enfant
- Mise en danger (santé, sécurité, éducation, développement)

Comment reconnaître le danger ?

Un enfant est en danger quand il est **VICTIME**



D'ABUS PHYSIQUE :

- Lésions incompatibles avec l'explication donnée.
- Fréquence, Multiplicité et Localisation des lésions

D'ABUS PSYCHOLOGIQUE :

- Changement d'état émotionnel inhabituel et sans explication

D'ABUS SEXUEL :

- MST, Grossesse, Lésions de sévices sexuels

DE NÉGLIGENCE :

- Conditions de vie qui compromettent la santé, l'éducation, la sécurité et le développement de l'enfant

Comment agir ?

Le **doute** sur un ou plusieurs de ces signes doit entraîner chez le praticien une prise de **conscience**, le **devoir d'agir et de signaler**.

Deux situations imposent UN SIGNALEMENT



DANGER IMMÉDIAT

Toutes situations nécessitant une **mise à l'abri** immédiate de l'enfant



SITUATION À RISQUE

Toutes autres situations requérant une **évaluation** des événements



RÉDACTION D'UNE INFORMATION PRÉOCCUPANTE PAR LE PRATICIEN

Formulaire comprenant toutes informations sur un danger ou risque de danger pour l'enfant



DANGER IMMÉDIAT

Ce document est transmis au **procureur de la République**



SITUATION À RISQUE

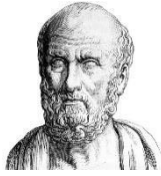
Ce document est transmis à la **Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes**

Bibliographie

- ¹ Costacurta M, Benavoli D, Arcudi G, Docimo R. Oral and dental signs of child abuse and neglect. *Oral&Implantology*. 2015.
- ² Dekeuwer-Défossez F. Les droits de l'enfant. 9e édition mise à jour. Paris: Presses universitaires de France; 2010. (Que sais-je ?).
- ³ Rey-Salmon C, Adamsbaum C, Bot Y. Maltraitance chez l'enfant. Paris: Médecine Sciences Publications-[Lavoisier]; 2013.
- ⁴ La Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) [Internet]. UNICEF France. 2015 [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/dossier/convention-internationale-des-droits-de-lenfant>.
- ⁵ Vazquez M-P, Kadlub N, Soupre V, Galliani E, Neiva-Vaz C, Pavlov I, et al. Plaies et traumatismes de la face de l'enfant. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. oct 2016.
- ⁶ Code civil - Article 371-1. Code civil.
- ⁷ TURSZ. Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels. Rapport du comité de suivi du colloque national sur les violences faites aux enfants. Paris, 2013.
- ⁸ La maltraitance des enfants [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- ⁹ Paediatric dentistry. 5è edition. Oxford: Oxford University Press; 2018.
- ¹⁰ Hines E. Child Abuse by Poisoning. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*. déc 2016.
- ¹¹ Griest K, éditeur. *Pediatric Homicide: Medical Investigation*. CRC Press. 2009.
- ¹² Auxéméry Y. À propos d'un cas de syndrome de Münchhausen par procuration à expression psychiatrique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. mai 2011.
- ¹³ Cavalcanti AL. Prevalence and characteristics of injuries to the head and orofacial region in physically abused children and adolescents – a retrospective study in a city of the Northeast of Brazil. *Dental Traumatology*. avr 2010.
- ¹⁴ Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitements sexuelles intrafamiliales chez le mineur. *La Revue Sage-Femme* [Internet]. déc 2011 [cité 13 nov 2019];10(6):289- 93. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1637408811001337>.
- ¹⁵ Code pénal - Article 227-25. Code pénal. [Internet] [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- ¹⁶ Code pénal - Article 227-27. Code pénal. [Internet] [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- ¹⁷ Drăgan AT. Child Pornography and Child Abuse in Cyberspace. *Journal of Legal Studies*. 1 juin 2018.
- ¹⁸ Cavalcanti AL. Prevalence and characteristics of injuries to the head and orofacial region in physically abused children and adolescents – a retrospective study in a city of the Northeast of Brazil. *Dental Traumatology*. avr 2010.
- ¹⁹ Les chiffres clés en protection de l'enfance | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet]. [cité 3 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.onpe.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance#Analyse%20appels%20entrants>.
- ²⁰ Naidoo S. A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital. *Child Abuse & Neglect*. avr 2000.
- ²¹ Cairns AM, Mok JYQ, Welbury RR. Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2005.
- ²² Da Fonseca MA, Feigal RJ, ten Bensel RW. Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at a major county hospital. *Pediatr Dent*. juin 1992;14(3):152- 7.
- ²³ Jessee SA. Physical manifestations of child abuse to the head, face and mouth: a hospital survey. *ASDC J Dent Child*. août 1995;62(4):245- 9.
- ²⁴ Kvist T, Coccozza M, Annerbäck E, Dahllöf G. Child maltreatment - prevalence and characteristics of mandatory reports from dental professionals to the social services. *International Journal of Paediatric Dentistry*. janv 2017.
- ²⁵ Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir – fiche mémo – octobre 2014. *Journal Européen des Urgences et de Réanimation* [Internet]. avr 2015 [cité 12 sept 2019];27(1):21- 8. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2211423815000073>.
- ²⁶ Vazquez M-P, Haddad D, Picard A, Kadlub N. Chapitre 8. Lésions cervicofaciales, buccales et du cuir chevelu. *Maltraitance chez l'enfant*. Lavoisier. 2013.

-
- ²⁷Maltrato infantil. La importancia de su diagnóstico en Odontología(*) [Internet]. Gaceta Dental. 2009 [cité 19 oct 2020]. Disponible sur: <https://gacetadental.com/2009/05/maltrato-infantil-la-importancia-de-su-diagnostico-en-odontologia-30982/>.
- ²⁸Mathur S, Chopra R. Combating Child Abuse: The Role of a Dentist. *Oral Health & Preventive Dentistry*. sept 2013.
- ²⁹ Davido N, Yasukawa K, Dursun E, Maire C-H, Meyer L. Orthopédie dento-faciale - odontologie pédiatrique. Paris: Maloine; 2014. (Internat en odontologie).
- ³⁰Green M. Physical Signs of Child Abuse (Book). *Child Abuse Review*. 5 juin 2002.
- ³¹Maltrato infantil. La importancia de su diagnóstico en Odontología. Gaceta Dental. 2009.
- ³²Evidence based dental trauma treatment – Dental Trauma Guide [Internet]. [cité 8 juill 2020]. Disponible sur: <https://dentaltraumaguide.org/evidence-based-dental-trauma-treatment/>.
- ³³Mehra, Chiesa M, Sirotnak AE, P A. Two cases of sublingual hematoma as a manifestation of child abuse.(ORIGINAL ARTICLE)(Report). *Ear, Nose and Throat Journal*. 1 déc 2015.
- ³⁴Hernandez-Martin A, Torrello A. Ranula. *New England Journal of Medicine*. 27 déc 2012.
- ³⁵Contusion - EurekaSanté par VIDAL [Internet]. EurekaSanté. [cité 19 oct 2020]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/maladies/appareil-locomoteur/contusion.htm>.
- ³⁶Hématome et ecchymose - EurekaSanté par VIDAL [Internet]. EurekaSanté. [cité 19 oct 2020]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/maladies/appareil-locomoteur/hematome-ecchymose.html>.
- ³⁷Jinna S, Livingston N, Moles R. Cutaneous sign of abuse: Kids are not just little people. *Clinics in Dermatology*. nov 2017.
- ³⁸Jouve J-L, Mure P-Y, Cochat P. Urgences chirurgicales de l'enfant. Rueil-Malmaison: Doin; 2012.
- ³⁹Maltraitance [Internet]. *Pédiaderma*. 2014 [cité 19 oct 2020]. Disponible sur: <https://pediaderma.wordpress.com/2014/08/16/maltraitance/>.
- ⁴⁰J'. *Odontología Forense: Maltrato Infantil*. *Odontología Forense*. 2008.
- ⁴¹Fournier G, Savall F, Vergnault M, Hamel O, Telmon N, Maret D. Analyse de photographies de morsures au sein de l'unité médicojudiciaire de Toulouse. *La Revue de Médecine Légale*. 1 déc 2017.
- ⁴²Brûlure - EurekaSanté par VIDAL [Internet]. EurekaSanté. [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/brulure.html>.
- ⁴³Culotta PA, Isaac R, Sarpong K, Chandy B, Cruz A, Donaruma-Kwoh M. Nasal erosion as an uncommon sign of child abuse. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. mai 2018.
- ⁴⁴Zimmermann CE, Troulis MJ, Kaban LB. Pediatric facial fractures: recent advances in prevention, diagnosis and management. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. déc 2005.
- ⁴⁵Hibbard R, Barlow J, MacMillan H, the Committee on Child Abuse and Neglect and AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY, Child Maltreatment and Violence Committee. Psychological Maltreatment. *PEDIATRICS*. 1 août 2012.
- ⁴⁶Laskaris G, Le Sueur-Almosni F. Atlas de poche des maladies buccales. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2007. (Atlas de poche).
- ⁴⁷Kellogg N. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *PEDIATRICS*. 1 déc 2005.
- ⁴⁸Sudiyanto S. Child Neglect. *Paediatrica Indonesiana*. 1995.
- ⁴⁹Fisher-Owens SA, Lukefahr JL, Tate AR. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. 2017;140(2):10.
- ⁵⁰Stratégies de prévention de la carie dentaire [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 7 juill 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_991247/fr/strategies-de-prevention-de-la-carie-dentaire.
- ⁵¹M'T dents [Internet]. [cité 7 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents>.
- ⁵²Lips U. Maltraitance infantile – protection de l'enfant. :46.
- ⁵³Casanova D, Norat F, Bardot J, Magalon G. Les hémangiomes cutanés : aspects cliniques. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. août 2006.
- ⁵⁴Guillot J, Crosaz O, Botterel F, Chermette R. Rôle des animaux vertébrés dans la transmission des champignons dermatophytes pathogènes pour l'homme. *Revue Francophone des Laboratoires*. 1 déc 2015.
- ⁵⁵Définition neuroblastome [Internet]. [cité 11 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/N/neuroblastome>.
- ⁵⁶KOUISSBAHI ET AL. Exophtalmie révélant un neuroblastome métastatique chez un enfant : Syndrome de Hutchinson (à propos d'un cas). *IOSR Journal of Pharmacy and Biological Sciences*, 2018, Volume 13, numéro 5.
- ⁵⁷Inicio [Internet]. Sociedad Española de Odontopediatria. [cité 20 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.odontologiapediatrica.com>.

-
- ⁵⁸ Sharma S, Jiménez RT, Aneja S, Garcia MG, Sethi GR. Lesch-Nyhan Syndrome in an Indian Family with Novel Mutation in the HPRT1 Gene. *Indian J Pediatr* . 1 nov 2012.
- ⁵⁹ Nixon MK, Cloutier P, Jansson SM. Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *CMAJ*. 29 janv 2008.
- ⁶⁰ Mazereeuw-Hautier J, Maza-Rioland A, Royer M. Pelade de l'enfant. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. févr 2012.
- ⁶¹ Harris J, Whittington A. Dental neglect in children. *Paediatrics and Child Health*. nov 2016.
- ⁶² Décis S, Hatem F, Brunel L, Leseigneur O. Agir contre la maltraitance - Guide juridique à l'usage des professionnels de l'enfance. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020.
- ⁶³ DICOM_Anne.G. La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 21 oct 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/guides/article/la-cellule-departementale-de-recueil-de-traitement-et-d-evaluation>.
- ⁶⁴ Certificat médical initial concernant une personne victime de violences [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 14 oct 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1120330/fr/certificat-medical-initial-concernant-une-personne-victime-de-violences
- ⁶⁵ Code pénal - Article 226-13. Code pénal. [Internet] [cité 15 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- ⁶⁶ ONCD. Secret professionnel [Internet]. 2019 [cité 15 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/divers/secret-professionnel.html>.
- ⁶⁷ Code pénal - Article 434-3. Code pénal. [Internet] [cité 15 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- ⁶⁸ Code pénal - Article 226-14. Code pénal. [Internet] [cité 15 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- ⁶⁹ Que faire face à une situation de maltraitance infantile ? - ACTION ENFANCE [Internet]. [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.actionenfance.org/protection-enfance/que-faire-face-a-une-situation-de-maltraitance-infantile/>.
- ⁷⁰ Code civil - Article 375. Code civil [Internet] [cité 16 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- ⁷¹ Garrocho-Rangel A, Marquez-Preciado R, Olguin-Vivar A, Ruiz-Rodriguez S, Pozos-Guillen A. Dentist attitudes and responsibilities concerning child sexual abuse. A review and a case report. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*. 2015.



SERMENT MEDICAL

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE.

Je promets et je jure, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine Dentaire.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classes sociales viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

J'informerai mes patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des connaissances pour forcer les consciences.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois déshonoré et méprisé de mes confrères si j'y manque.

MEREU Marina – La maltraitance de l'enfant et de l'adolescent, rôle du Chirurgien-dentiste

Th. : Chir. dent. : Marseille : Aix –Marseille Université : 2021

Rubrique de classement : Odontologie Pédiatrique

Résumé :

La maltraitance des enfants et des adolescents est un problème de santé public majeur. Ce fléau mondial est mal mesuré. The Lancet estime à 10% le nombre d'enfants maltraités dans les pays développés. La France n'échapperait pas à la sous-déclaration de la maltraitance des enfants et des adolescents. La zone céphalique est une zone fréquemment touchée dans la maltraitance infantile. Le chirurgien-dentiste, de par sa spécialité, est en première ligne face au dépistage des lésions engendrées par la maltraitance. Des signes de suspicion de maltraitance peuvent être décelés durant l'interrogatoire médical, l'examen exo-buccal, l'examen endo-buccal ou dans l'observation du comportement de l'enfant. L'objectif de cette thèse est de passer en revue les différentes formes de maltraitance, les outils diagnostics, ainsi que le rôle du chirurgien-dentiste dans l'identification de la maltraitance des enfants et des adolescents et leur rôle dans le signalement.

Mots clés : Maltraitance infantile, maltraitance physique, maltraitance psychologique, maltraitance sexuelle, négligence, négligence dentaire, enfants, adolescents, rôle du dentiste, diagnostic, protection des mineurs, lois, signalement obligatoire

MEREU Marina – Child abuse, dentist's role.

Abstract:

Child abuse is a major health public issue. This global scourge is poorly assessed. The Lancet estimates that 10% of children are abused in developed countries. France would not escape the under-reporting of child abuse. The cephalic zone is an area frequently affected in child abuse. The dentist, by means of his medical specialty, is on the front line to screen lesions caused by maltreatment. Signs of child abuse suspicion can be detected during medical history, exo-oral examination, endo-oral examination or observing child's behaviour. The objective of this thesis is to review the different forms of child abuse, diagnostic tools, as well as the dentist's role in identification of child abuse and dentist's role in reporting.

MeSH: Child abuse, physical abuse, sexual maltreatment, negligence, children, adolescents, dentist roles, child well being, laws, reporting mandatory