



**HAL**  
open science

# Dépistage et rôle du chirurgien-dentiste dans le combat contre la maltraitance infantile : revue de littérature et enquête auprès des chirurgiens-dentistes d'Île-de-France

Marine Zerbib

► **To cite this version:**

Marine Zerbib. Dépistage et rôle du chirurgien-dentiste dans le combat contre la maltraitance infantile : revue de littérature et enquête auprès des chirurgiens-dentistes d'Île-de-France. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-03396224

**HAL Id: dumas-03396224**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03396224>**

Submitted on 22 Oct 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

**UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7**

**FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE**

5, Rue Garancière 75006 PARIS

Année 2019

Thèse N°:

N° attribué par la bibliothèque :

**THÈSE pour le DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR**

**en CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le 3 décembre 2019

par **ZERBIB Marine**

**DÉPISTAGE ET RÔLE DU CHIRURGIEN-DENTISTE DANS LE  
COMBAT CONTRE LA MALTRAITANCE INFANTILE  
REVUE DE LITTÉRATURE ET ENQUÊTE AUPRÈS DES  
CHIRURGIENS-DENTISTES D'ÎLE-DE-FRANCE**

Directeur de thèse : Maître Laurent DELPRAT

Co-directrice de thèse : Professeure Sylvie AZOGUI-LEVY

**J U R Y**

Mme la Professeure Marie-Laure BOY-LEFEVRE	Présidente
Mme la Professeure Sylvie AZOGUI-LEVY	Assesseur
Mme la Docteure Anne-Charlotte BAS	Assesseur
Mme la Docteure Adeline BRAUD	Assesseur
Mme la Docteure Anne-Gaëlle CAPITAINE	Assesseur
Mme la Docteure Annabelle TENENBAUM	Assesseur
Maître Laurent DELPRAT	Membre invité

# UNIVERSITE PARIS DIDEROT – PARIS 7

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

---

## JURY

Mme la Professeure Marie-Laure BOY LEFEVRE	Présidente
Mme la Professeure Sylvie AZOGUI-LEVY	Assesseur
Mme la Docteure Anne-Charlotte BAS	Assesseur
Mme la Docteure Adeline BRAUD	Assesseur
Mme la Docteure Anne-Gaëlle CAPITAINE	Assesseur
Mme la Docteure Annabelle TENENBAUM	Assesseur
Maître Laurent DELPRAT	Membre invité

**Mme la Professeure Marie-Laure  
BOY-LEFEVRE**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Docteur en Sciences Odontologiques  
Docteur d'État en Odontologie  
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

*Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude pour l'attention que vous portez à mon travail.*

**Mme la Professeure Sylvie AZOGUI-  
LEVY**

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

*Merci de m'avoir fait l'honneur d'être la co-directrice de cette thèse et de faire partie de ce jury. Merci pour votre investissement, votre réactivité et vos précieux conseils apportés dans ce travail de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mon plus profond respect et de toute ma reconnaissance.*

**Mme la Docteure Anne-Charlotte BAS**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Assistante Hospitalo-Universitaire

*Je vous remercie d'avoir bien voulu accepter de faire partie du jury de ma thèse d'exercice et suis honorée de votre présence.*

**Mme la Docteure Adeline BRAUD**

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

*Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites d'accepter de siéger dans ce jury de thèse. Vos enseignements théoriques et cliniques m'accompagnent au jour le jour.*

**Mme la Docteure Anne-Gaëlle  
CAPITAINE**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Assistante Hospitalo-Universitaire

*Pour l'honneur de vous voir siéger au sein de ce jury, je vous prie de trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.*

**Mme la Docteure Annabelle  
TENENBAUM**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Diplôme de Doctorat  
Maître de Conférences des Universités Associée

*Je vous remercie d'avoir bien voulu accepter de faire partie du jury de ma thèse d'exercice et suis honorée de votre présence.*

**Maître Laurent DELPRAT**

Avocat à la Cour,  
Docteur en droit,  
Maître de Conférences associés

*Pour l'honneur que vous me faites en acceptant la direction de cette thèse, je vous remercie pour vos précieux conseils et votre réactivité. Veuillez trouver ici le témoignage de mon plus profond respect et de ma gratitude.*

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>1 Maltraitance infantile .....</b>	<b>5</b>
1.1 <i>Les principales formes de maltraitance.....</i>	6
1.1.1 Violences physiques.....	6
1.1.2 Maltraitance sexuelle .....	7
1.1.3 La violence psychologique .....	7
1.1.4 Négligence grave – Art. 227-17 du Code Pénal .....	8
1.2 <i>Formes spécifiques de maltraitance chez l’enfant.....</i>	8
1.2.1 Le syndrome de Silverman-Tardieu.....	8
1.2.2 Le syndrome du bébé secoué .....	9
1.2.3 Le syndrome de Münchhausen .....	10
1.3 <i>Facteurs de risque de la maltraitance .....</i>	10
1.3.1 Caractéristiques propres à l’enfant.....	11
1.3.2 La personnalité des parents et le contexte familial .....	12
1.3.3 Facteurs communautaires.....	13
1.3.4 Environnement socio-culturel.....	14
1.4 <i>Répercussions de la maltraitance .....</i>	14
1.4.1 Conséquences sur la santé physique : .....	15
1.4.2 Conséquences sur la santé mentale .....	16
1.4.3 Insertion sociale .....	17
<b>2 Détecter et signaler la maltraitance au cabinet dentaire.....</b>	<b>18</b>
2.1 <i>Place centrale du chirurgien-dentiste.....</i>	18
2.1.1 Fréquences des lésions oro-faciales .....	18
2.1.2 Importance de l’entretien .....	18
2.1.3 Documents à rassembler par le chirurgien-dentiste .....	19
2.1.4 Dilemme : pourquoi les dentistes ont tant de mal à signaler ?.....	20
2.2 <i>Signaux d’alertes .....</i>	22
2.2.1 Aspect général de l’enfant .....	22
2.2.2 Comportement de l’enfant victime de violence au cabinet dentaire.....	23
2.2.3 Le comportement des parents .....	24
2.2.4 Signes évocateurs de la maltraitance au cabinet dentaire .....	24
2.2.5 Signes évocateurs de la négligence au cabinet dentaire.....	25
2.2.6 Manifestations oro-faciales des violences physiques .....	27
2.3 <i>Diagnostic différentiel .....</i>	32
2.4 <i>Signaler un cas de maltraitance .....</i>	33
2.4.1 La transmission d’information préoccupante.....	33
2.4.2 Le signalement.....	34
2.4.3 Conduite à tenir.....	36
<b>3 Analyse en droit comparé.....</b>	<b>38</b>
3.1 <i>Cadre international : les droits de l’enfant .....</i>	39
3.2 <i>Système de protection de l’enfance en France .....</i>	39
3.2.1 Cadre législatif et évolution .....	41
3.2.2 Responsabilités du chirurgien-dentiste face aux situations de maltraitance .....	44

3.3	<i>Législation en vigueur aux États-Unis</i> .....	48
3.3.1	Child Abuse Prevention and Treatment Act (CAPTA) .....	48
3.3.2	Conduite des chirurgiens-dentistes américains vis-à-vis de la maltraitance.....	49
3.3.3	Le programme PANDA .....	52
<b>4</b>	<b>Revue de littérature</b> .....	<b>54</b>
4.1	<i>Objectif</i> : .....	54
4.2	<i>Méthodologie de la recherche</i> : .....	54
4.2.1	Stratégie de recherche .....	54
4.2.2	Critères d'inclusion et d'exclusion .....	55
4.2.3	Résultats.....	55
4.2.4	Interprétation des résultats .....	61
<b>5</b>	<b>Enquête auprès des praticiens sur les violences infligées aux enfants</b> .....	<b>66</b>
5.1	<i>Matériels et méthodes</i> .....	66
5.1.1	Objectifs de l'étude .....	66
5.1.2	Population de l'étude .....	67
5.1.3	Élaboration du questionnaire .....	67
5.1.4	Recueil des données.....	67
5.1.5	Analyse des résultats.....	68
5.2	<i>Résultats</i> .....	68
5.2.1	Profil des répondants.....	68
5.2.2	Connaissances des répondants .....	69
5.2.3	Exercice quotidien et maltraitance.....	72
5.2.4	Formation et maltraitance .....	75
5.3	<i>Discussion</i> .....	76
5.3.1	Profil des répondants.....	76
5.3.2	Connaissances des répondants .....	77
5.3.3	Exercice quotidien et maltraitance.....	78
5.3.4	Formation et maltraitance .....	79
	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>81</b>
	Références bibliographiques.....	82
	Annexes.....	88

## INTRODUCTION

Selon l'UNICEF, le nombre d'enfants confrontés à des violences physiques, sexuelles ou psychologiques au cours de l'année écoulée pourrait s'élever à un milliard. Environ 300 millions d'enfants de 2 à 4 ans sont victimes de violences physiques régulières au sein même de leur foyer (Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) 2017). Phénomène de société invisible, et trop souvent cantonné aux faits divers, la maltraitance touche toutes les classes de la société.

Ainsi les répercussions de la violence faite aux enfants sont sévères et peuvent durer toute une vie : troubles de l'alimentation, troubles de l'anxiété et dépressions, alcoolisme et toxicomanie ...(Norman et al. 2012)

De plus la fréquence élevée des blessures au niveau de la sphère oro-faciale, retrouvée dans plus de la moitié des cas de maltraitance, place le chirurgien-dentiste en première ligne pour détecter et traiter un enfant maltraité (Daligand et al. 2016).

Le dépistage de la maltraitance et de la négligence devrait donc faire partie intégrante de tout examen clinique effectué sur un enfant. Le dispositif de prévention bucco-dentaire « M'T Dents » a permis de faciliter l'accès aux soins bucco-dentaires en instaurant des visites régulières chez le chirurgien-dentiste à des âges clés : à partir de 3 ans tous les 3 ans jusqu'à 24 ans (Ameli 2019). Cet examen bucco-dentaire, remboursé à 100% par la sécurité sociale a permis de favoriser un contact précoce avec le chirurgien-dentiste qui peut alors repérer et dépister de la maltraitance et négligence infantile. Il relève de la responsabilité médico-légale du chirurgien-dentiste d'alerter les autorités administratives ou judiciaires compétentes lorsque cela semble nécessaire.

La maltraitance et la négligence des enfants sont des réalités tragiques de toute société. Face à ces situations, la règle est de ne jamais rester seul et d'échanger avec d'autres professionnels, dans le respect de la confidentialité. De plus la loi n°2016-297 a permis la mise en place d'un médecin référent qui a pour mission de coordonner les professionnels dans chaque département et dont le statut sera développé par la suite.

Par ailleurs, parce que les enfants sont plus vulnérables que les autres et qu'ils n'ont ni droit de vote ni influence politique ou économique le monde s'est doté en 1989 de la « Convention internationale des droits de l'enfant. »

Après avoir décrit les différents aspects de la maltraitance et plus particulièrement sa prise en charge par le chirurgien-dentiste au niveau de l'identification, le traitement et le signalement des cas suspects, nous aborderons le traité de 1989 relatif au droit des enfants. Par ailleurs, nous nous pencherons sur la nécessité de partager l'information entre les différents professionnels tout en tenant compte du secret professionnel. Puis nous comparerons le système de protection de l'enfance en France avec celui des États-Unis, l'un des rares pays à ne pas avoir ratifié la convention.

Pour finir, une revue de littérature a été réalisée dans le but de mieux cerner le rôle central qu'occupe le chirurgien-dentiste dans le combat contre la maltraitance infantile. Afin d'illustrer cette revue, on a procédé à une enquête auprès des chirurgiens-dentistes d'Île-de-France ayant comme objectif l'étude de leurs connaissances sur le sujet de la maltraitance et pour appréhender leur attitude et en tirer des conclusions sur la formation à apporter à ce thème aux futurs diplômés. Nous nous pencherons sur leur profil en premier lieu (nombre d'années d'exercice, formation reçue) puis sur leurs connaissances vis-à-vis de la maltraitance, l'impact sur leur exercice quotidien (nombre de chirurgiens-dentistes confrontés à des cas de maltraitance ou qui ont pu en suspecter au cours de leur carrière, leur comportement face à de tels cas) et nous terminerons par mettre en évidence les carences et besoins de formation des chirurgiens-dentistes sur le sujet.

# **1 Maltraitance infantile**

Les définitions de la maltraitance sont nombreuses, elles varient en fonction des pays, des organismes, des associations. Ainsi, il est possible que l'on ne parvienne jamais à un accord sur les pratiques considérées comme abusives lorsque les opinions sur l'éducation des enfants divergent d'une culture à l'autre. Toutefois, il semblerait qu'un consensus existe dans la plupart des cultures selon lequel les violences envers les enfants doivent être prohibées.

En 1989, la **Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE)** promulguée par l'ONU évoque dans son article 19 la violence et les mauvais traitements envers les enfants. Elle indique que les pays ayant signé la convention s'engagent à lutter contre « toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié » (Organisation des Nations Unies (ONU) 1989).

L'**Organisation mondiale de la santé (OMS)** l'a défini en 1999 comme suit : « La maltraitance à enfant désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements 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 » (Organisation mondiale de la santé (OMS) 1999) .

L'**Observatoire de l'Action Sociale décentralisée (ODAS)**, a proposé une définition au début des années 90 qui est celle adoptée dans la plupart des départements français. Elle différencie (Observatoire national de l'enfance en danger (ODAS) 1997) :

- **Enfant maltraité** : enfant victime de violences physiques, sexuelles, psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique ;
- **Enfant en risque** : enfant qui connaît des conditions d'existence qui risquent de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, sans pour autant être maltraité ;
- **Enfant en danger** : ensemble des enfants maltraités et des enfants en risque de maltraitance.

Ainsi, la loi du 5 mars 2007 ne retient plus le terme de maltraitance mais introduit la notion « d'enfants en danger ou en risque de l'être » qui regroupent les situations où l'enfant n'est pas « bien traité » au regard de ses besoins fondamentaux (2007a).

## **1.1 Les principales formes de maltraitance**

Le Rapport mondial sur la violence et la santé de 2002 par l'OMS a mis en exergue quatre principales formes de maltraitance, associées ou non entre elles (Krug et al. 2002) :

- Abus physiques
- Abus sexuels
- Violences psychologiques
- Négligence

Le plus souvent un même enfant présente plusieurs types de maltraitance.
--

Cette classification tient lieu de référence dans de nombreux pays ainsi que dans les instances européennes. De plus en plus, le fait d'être témoin de violences conjugales est considéré comme une forme de maltraitance, ce que la littérature américaine a mis en avant sous le terme « **Intimate partner violence** » (Sethi et al. 2013).

### **1.1.1 Violences physiques**

La **maltraitance physique** constitue la forme la plus fréquente et la plus connue du fait de sa visibilité directe. En outre, elle constitue la première forme de maltraitance décrite dans le « **Syndrome de l'enfant battu** » par Kempe en 1962 (Kempe et al. 1962). « On entend par violence physique exercée contre un enfant **l'usage intentionnel de la force physique** qui entraîne – ou risque fortement d'entraîner – un préjudice réel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité. Cela comprend les actes qui consistent à frapper, battre, donner des coups de pieds, secouer, mordre, étrangler, infliger des brûlures de toutes sortes, empoisonner et faire suffoquer » (Butchart et al. 2007).

Cette violence physique peut dans des cas extrêmes provoquer la mort de l'enfant. En effet, un nombre faible mais significatif de décès en particulier chez les nourrissons et les très jeunes enfants sont liés à la maltraitance physique. Cependant, du fait que peu d'enquêtes soient réalisées après la mort de l'enfant, les cas d'infanticides sont souvent confondus avec les cas de mort subite du nourrisson et sont donc difficiles à dénombrer. D'autre part, les abus physiques sont la forme de maltraitance la plus encline à être détectée par le chirurgien-dentiste du fait qu'elles se situent dans 50 % des cas au niveau de la région oro-faciale (2013).

### 1.1.2 Maltraitance sexuelle

D'après l'OMS, on entend par **violence sexuelle** « la participation d'un enfant à une activité sexuelle qu'il n'est pas pleinement en mesure de comprendre, à laquelle il ne peut consentir en connaissance de cause ou pour laquelle il n'est pas préparé du point de vue de son développement, ou encore qui viole les lois ou les tabous sociaux de la société » (Butchart et al. 2007). Cela implique d'inciter ou de forcer un enfant à prendre part à des activités sexuelles (et/ou à une prostitution), qu'il soit ou non conscient de ce qui se passe.

Les violences sexuelles présentent à la fois un aspect physique et psychologique et se divisent en 2 catégories : les abus intrafamiliaux communément appelés inceste et les abus extrafamiliaux qui peuvent correspondre aux viols, prostitutions, pornographies. Pour détecter des cas de violence sexuelle chez des enfants, il faut avoir de fortes suspicions et être familier des indicateurs verbaux, comportementaux et physiques de la maltraitance.

La loi a renforcé la lutte contre les violences sexuelles et favorisé le droit des victimes notamment en allongeant les délais de prescription à 30 ans pour les crimes sexuels commis sur mineurs rendu possible grâce à la loi n° 2018-703 (2018).

### 1.1.3 La violence psychologique

L'usage des termes de « **maltraitance émotionnelle ou mentale** » est fréquent pour qualifier ces abus. Cela inclut les actes ou l'échec des parents ou des tuteurs qui ont causé ou pourraient causer un traumatisme grave sur le plan comportemental, émotionnel ou mental.

Cette maltraitance émotionnelle peut se traduire par des formes extrêmes ou bizarres de punitions telles que : le confinement dans un placard ou une pièce sombre, être attaché à une chaise pendant de longues périodes ou menacer, terroriser un enfant. Des actes moins graves peuvent être : utiliser des termes péjoratifs pour décrire un enfant, une tendance habituelle à le blâmer ou à en faire un bouc émissaire (2013).

La maltraitance psychologique de l'enfant constitue le type d'abus le plus complexe. On retrouve les propos « dévalorisants, accusateurs, menaçants, effrayants, discriminatoires ou humiliants et d'autres formes de rejet ou de traitement hostile ». (Butchart et al. 2007). La maltraitance psychologique est plus difficile à appréhender au cabinet dentaire.

#### 1.1.4 Négligence grave – Art. 227-17 du Code Pénal

Il s'agit de **l'échec persistant** à satisfaire les besoins physiques et/ou émotionnels de l'enfant ce qui peut nuire gravement à sa santé et à son développement. L'OMS la définit comme telle : « La négligence concerne des incidents isolés et le défaut de la part de l'un des parents ou membres de la famille de pouvoir subvenir au développement et au bien-être des enfants – s'il est en mesure de le faire – dans un ou plusieurs des domaines suivants : santé, éducation, développement affectif, nutrition, foyer et conditions de vie sans danger ». Cela peut inclure priver l'enfant de nourriture, d'un abri, de vêtements, d'une éducation adéquate et ne pas le protéger du mal ou du danger (Krug et al. 2002).

Cela peut également s'appliquer à **l'incapacité de rechercher** et d'accéder à des soins médicaux et dentaires appropriés. Actuellement, la négligence est la principale raison du placement des enfants dans le registre de la protection de l'enfance en Angleterre et aux États-Unis, suivie des blessures physiques (Hinchliffe 2011).

L'Organisation mondiale de la santé a déclaré que **la négligence diffère de la pauvreté** dans les cas où les parents d'enfants négligés ne sont pas nécessairement pauvres et disposent de ressources suffisantes pour subvenir aux besoins de leurs enfants (Krug et al. 2002). **L'article 227-17 du Code Pénal** souligne que « *le fait, par le père ou la mère, de se soustraire, sans motif légitime, à ses obligations légales au point de compromettre la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation de son enfant mineur est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende* » (2006). L'article de la Gazette Santé sociale datant de 2006 de Maître Delprat évoque plusieurs condamnations quand des parents manquent à leurs obligations légales (Delprat 2006).

## 1.2 Formes spécifiques de maltraitance chez l'enfant

Les blessures infligées à un enfant par une personne en ayant la charge peuvent prendre de nombreuses formes.

### 1.2.1 Le syndrome de Silverman-Tardieu

C'est en 1860, qu'**Ambroise Tardieu**, médecin légiste français, érige la maltraitance en sujet de la médecine. Il définit les symptômes et les signes cliniques des sévices exercés sur les enfants dans les « *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* » (Samson et al. 2018). Il n'est pas suivi par le corps médical, ni par la société qui continue à nier la réalité de la maltraitance.

Il faut attendre les débuts de la radiopédiatrie pour qu'en 1953 le diagnostic de maltraitance soit posé aux États-Unis par John Caffey puis par son élève **Frédéric Silverman**, devant des fractures multiples d'âge différent. Mais ce n'est qu'en 1962, lors de la publication par **Henry Kempe** du célèbre article sur le « **Syndrome de l'enfant battu** » que la communauté médicale commence à ouvrir les yeux sur la réalité de la maltraitance (Kempe et al. 1962). Cet article, considéré comme le document de référence sur la maltraitance infantile eut un retentissement considérable aux États-Unis et à l'échelle planétaire. Son action a été à l'origine de la législation américaine sur le signalement.

C'est un syndrome retrouvé chez des enfants présentant de **multiples fractures** à différents stades de résorption, des traumatismes crâniens et des lésions viscérales graves, avec des preuves de coups répétés (Butchart et al. 2007). Le diagnostic est posé par la présence de (Haute Autorité de santé (HAS) 2017) :

- **Signes cliniques** : ecchymoses multiples d'âge différent, hématomes, lacérations, morsures, brûlures.
- **Signes radiologiques** : une radiographie du squelette complet révèle des fractures isolées, d'âges variables et consolidées en position néfaste du fait de l'absence de traitement approprié.

### 1.2.2 Le syndrome du bébé secoué

Ce syndrome, décrit en 1972 par CAFFEY, se rencontre surtout chez le nourrisson de moins de 1an (Caffey 1972). Il associe un hématome sous-dural et des hémorragies rétiniennes. Il se manifeste par un malaise grave, une irritabilité, des vomissements, des troubles de la vigilance allant jusqu'au coma et plus souvent par une crise convulsive. Il résulte d'une accélération crânienne induite par des secousses violentes et intentionnelles ou liées à un comportement inadapté en réponse, par exemple, à des pleurs prolongés de l'enfant (Renier 2012).

Le taux de récurrence du secouement est élevé : plus de la moitié des enfants ont été secoués de façon répétée. La méconnaissance du diagnostic est fréquente et expose au risque de récurrence et donc de **séquelles sévères** persistantes ou de **décès** (Haute Autorité de santé (HAS) 2017). Le pronostic vital est engagé et peut avoir des **répercussions à long terme** comme : la cécité, des retards de développement, des troubles du comportement, de l'épilepsie, et des troubles du sommeil (Chevignard et Lind 2014).

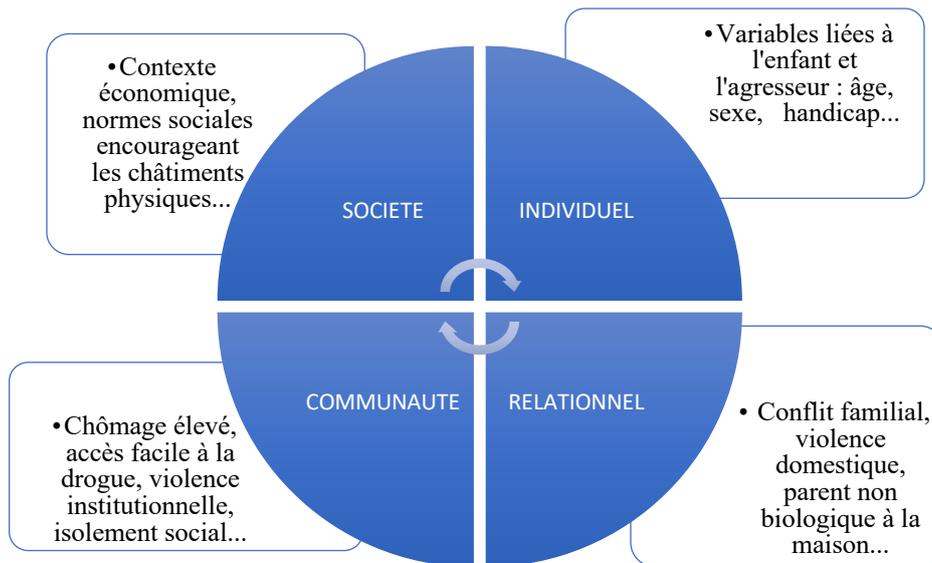
### 1.2.3 Le syndrome de Münchhausen

Anciennement appelé **syndrome de Münchhausen par procuration** (SMPP), il est considéré comme un trouble psychologique de l'auteur. Cette personne, généralement la mère, **simule, induit ou exagère** délibérément des symptômes ou des signes factices chez son enfant. On attribue souvent cela à la nécessité pour l'auteur d'attirer l'attention, en conséquence l'enfant peut être soumis à des examens inutiles, et des interventions chirurgicales (Hinchliffe 2011). On assiste à une disparition des symptômes lorsque l'enfant est séparé du parent ou de la personne responsable des blessures (Nathanson et al. 2011).

Les symptômes sont fabriqués par les parents dans 25 % des cas : falsification des prélèvements urinaires par addition de sel, de sucre, de sang. Dans 50 % des cas, des symptômes sont réellement produits dans le corps de l'enfant (hémorragies vraies induites par l'administration d'anticoagulants). Dans 25 % des cas, les parents induisent et/ou inventent des symptômes (Nathanson et al. 2011). Les **risques de séquelles** sont nombreux dues à des interventions chirurgicales mutilantes, un retard scolaire résultant d'hospitalisations prolongées, des risques d'accidents iatrogènes et évitables (ponction lombaire, biopsie, traitements médicamenteux et chirurgicaux inappropriés et dangereux...), et enfin des risques somatiques graves pouvant être mortels par intoxication, infection et troubles métaboliques (Sibertin-Blanc et Vidailhet 2008).

## **1.3 Facteurs de risque de la maltraitance**

Les multiples études épidémiologiques de ces dernières années convergent toutes vers la même conclusion : un large éventail de facteurs interagit pour augmenter ou réduire le risque de maltraitance infantile. Ces facteurs étant nombreux et difficiles à lister de manière exhaustive, il n'est donc pas approprié de parler de « profil de parent abuseur » ni de « portrait type d'enfant maltraité » (Labbé 2009).



*Figure 1 : Facteurs de risque potentiels qui interagissent ensemble pour augmenter le risque de maltraitance (Sethi et al. 2013)*

### 1.3.1 Caractéristiques propres à l'enfant

Dans les pays à hauts revenus, les garçons sont autant touchés que les filles par la maltraitance, excepté pour les abus sexuels plus fréquents chez les filles : une fille sur cinq contre un garçon sur treize en France en 2016 (Organisation mondiale de la santé (OMS) 2016). En France, en 2017, environ 300 000 mineurs étaient suivis par la protection de l'enfance. 100 mineurs ont été victimes d'infanticides, parmi eux 67 sont décédés dans le cadre intrafamilial (Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) 2017). Dans le Rapport Européen sur la prévention de la maltraitance des enfants (Sethi et al. 2013), les auteurs ont mis en évidence plusieurs paramètres exposant davantage les enfants au danger :

- **Age** : la tranche d'âge la plus fréquente où la violence physique entraîne la mort de l'enfant est comprise entre 0 et 4 ans. En 2017, en France, sur les 67 enfants tués dans le cadre intrafamilial, 3 enfants sur 5 étaient âgés de moins de 5 ans au moment du décès (Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) 2017) ;
- **Prématurité et petit poids à la naissance**, l'existence d'une **pathologie somatique** entraînant des hospitalisations précoces et/ou répétées qui pourrait entraver la formation d'un attachement et de liens affectifs ;
- **Enfant non désiré ou ne répondant pas aux attentes parentales** (par exemple en raison de son sexe, de son apparence, de son comportement...) ;

- **Maladie chronique, handicap physique ou mental** : une étude australienne a démontré que, sur les 5 % d'enfants maltraités de la cohorte, les enfants handicapés représentaient 25 % des maltraitances présumées et 29 % des maltraitances corroborées (Maclean et al. 2017). Ceci s'explique notamment par le stress supplémentaire imposé aux parents et à l'entourage de l'enfant handicapé et les obstacles à la communication qui empêchent les enfants de révéler des abus ;
- **Comportement dérangeant, tempérament difficile** : hyperactivité, troubles de l'attention ;

Cependant, ces caractéristiques ne semblent pas constituer des facteurs de risque clés de la maltraitance, si l'on considère d'autres risques, comme les variables parentales et sociétales.

### 1.3.2 La personnalité des parents et le contexte familial

Des études ont montré que la plupart des enfants sont maltraités par leurs parents ou des adultes qu'ils connaissent. En examinant les nombreux cas de Hinchliffe, on note que la plupart des abus ont été perpétrés par l'un des parents (ou les deux) ou par le conjoint de la mère, lorsqu'il n'est pas le père biologique de l'enfant (Hinchliffe 2011). Parmi les facteurs de risque, on retrouve :

- **Age des parents** : les jeunes parents peuvent ne pas disposer des ressources sociales, émotionnelles et économiques nécessaires pour exercer efficacement leurs responsabilités parentales (Sethi et al. 2013) ;
- De même, une **grossesse non désirée**, mal investie constitue un facteur de risque ;
- **Éducation limitée**, faibles capacités parentales (méconnaissance du développement normal d'un enfant, attentes irréalistes, discipline excessive ou inconstante...) ;
- **Statut d'emploi** : chômage ; **statut socioéconomique faible** ;
- **Usage de substances** : abus d'alcool et de drogue ;
- **Histoires des parents** :
  - **Antécédents de maltraitance ou de négligence dans l'enfance** : des abus subis dans l'enfance peuvent avoir des effets modérés à importants sur les agressions physiques et sexuelles (« cycle de la maltraitance ») ;
  - **Pathologie psychiatrique ou déficience mentale** : lors d'un examen de 139 incidents de maltraitance grave et mortelle d'enfants au Royaume-Uni la maladie mentale des parents a été identifiée dans 58 % des cas (Brandon et al. 2012) ;

- **Troubles de la personnalité** : immaturité, manque d'estime de soi, agressivité, impulsivité, intolérance aux frustrations... (Labbé 2009).
- **Isolement social** : On a constaté que la solitude et le manque de référent avait des effets importants sur la perpétration d'abus sexuel sur un enfant.

Concernant le contexte familial, on a remarqué que la **violence entre partenaires intimes** avait des effets modérés sur la maltraitance infantile. Dans une étude réalisée en Espagne, 22 mères, sur un échantillon de 30 mères victimes de violence conjugale, ont déclaré que leurs enfants avaient été victimes de maltraitance psychologique directe ; Sur ces 22 mères, trois ont affirmé que leurs enfants avaient été victimes de violences physiques. Neuf participantes ont répondu que leurs enfants étaient victimes d'abus physiques et psychologiques (Izaguirre et Calvete 2015).

De nombreuses études ont montré que **l'éclatement de la famille** ainsi que la **recomposition familiale** ont tendance à augmenter le risque de maltraitance. La **monoparentalité** peut impliquer toute une gamme de facteurs de stress tels que le manque de ressources financières, l'isolement social et le manque de soutien émotionnel.

Ainsi, la maltraitance est un problème complexe dont l'origine est multifactorielle. Cependant, ces facteurs ne prédisent pas la maltraitance mais n'en font qu'augmenter la probabilité de survenue. Le chirurgien-dentiste ne doit pas oublier que chaque enfant, peu importe sa classe sociale ou son état de santé, peut être maltraité et/ou négligé.

### 1.3.3 Facteurs communautaires

Certaines particularités des communautés ou des quartiers dans lesquels vivent les familles et où grandissent les enfants peuvent influencer sur les risques de maltraitance :

- **Isolement social**, manque de logements adéquats et déménagements fréquents
- Le **chômage élevé, la pauvreté** : les familles disposant de peu de ressources risquent de vivre dans des communautés défavorisées, où les taux de violence et de criminalité peuvent être plus élevés et on peut y trouver un accès facile à l'alcool et un trafic de drogues ;
- **Violence institutionnelle** : la violence s'observe également à l'école, où enseignants et élèves subissent différentes formes de violence dans leur vie quotidienne.

### 1.3.4 Environnement socio-culturel

Les facteurs sociaux pouvant favoriser la maltraitance des enfants sont, entre autres :

- La **pauvreté et les injustices sociales** contribuent de manière substantielle au risque de maltraitance. Cependant les enfants de toutes les classes sociales peuvent être maltraités et les dentistes doivent se protéger des préjugés à l'égard des familles à faible revenu (Somani et al. 2011) ;
- **Des normes sociales et culturelles** promouvant ou banalisant la violence envers autrui, y compris le **châtiment corporel** ;
- Les **crises économiques** peuvent entraîner une augmentation du chômage, une aggravation des difficultés financières, ainsi que du stress et de la dépression, susceptibles d'accroître les risques de maltraitance. Elles peuvent également entraîner des réductions des dépenses publiques en matière de prévention et de protection.

Toutefois, les opposés de ces facteurs de risque (tempérament facile chez l'enfant, relation solide entre les parents et les enfants, la résilience parentale, soutien social fort etc.) peuvent servir de **facteurs de protection**.

## 1.4 Répercussions de la maltraitance

*« Les conséquences de la maltraitance sont d'autant plus fréquentes et d'autant plus redoutables qu'il existe une fragilité spécifique de l'enfant. [...] Exposé à un milieu familial nocif, il va développer de graves troubles dès ses premiers mois, troubles qui, sans intervention salvatrice, se répercuteront sur toute sa vie » (Tursz 2013).*

La maltraitance et/ou la négligence infantile est, dans la majorité des cas, un événement traumatisant qui engendre diverses répercussions négatives sur le développement cognitif et psycho-social de l'enfant. Ces conséquences peuvent apparaître autant sur un plan physique que psychologique, le plus souvent associé, et causer des cicatrices émotionnelles permanentes.

Dans un numéro récent de la Revue française des affaires sociales Anne Tursz, directrice de recherche retraitée à l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) met en évidence le peu d'études françaises consacrées aux conséquences à long terme de la maltraitance infantile.

En revanche, depuis plusieurs dizaines d'années la littérature anglophone foisonne d'articles exposant les multiples conséquences, à l'âge adulte, de la maltraitance précoce. Ces études démontrent que les adultes maltraités dans leur enfance présentent des problèmes de santé générale (hypertension artérielle, anorexie, boulimie...) et mentale (dépressions, toxicomanie, tentatives de suicide...) (Tursz 2013).

#### 1.4.1 Conséquences sur la santé physique :

Certaines formes de maltraitements physiques peuvent endommager le cerveau en développement de l'enfant et provoquer des **dommages définitifs**. Ainsi, les traumatismes crâniens infligés volontairement, notamment ceux causés par le **syndrome du bébé secoué** (SBS), ont fréquemment des conséquences gravissimes (Joyce et Huecker 2018) : **lésions responsables de retard de développement**, de troubles du langage, de difficultés d'alimentation, troubles du comportement, troubles auditifs et visuels grave pouvant conduire à une cécité corticale, des convulsions, une hémiplégie et dans les cas extrêmes la **mort de l'enfant**. Ainsi les survivants à long terme de traumatismes crâniens violents ont une qualité de vie considérablement réduite (Lind et al. 2016). On peut également voir apparaître de l'**épilepsie**, des déficits moteurs, ainsi que des troubles du sommeil et des besoins éducatifs spéciaux (Chevignard et Lind 2014). Le comportement sociétal de l'enfant ainsi que sa scolarité risquent d'être perturbés par de telles séquelles.

Dans la méta-analyse de Norman et al., les auteurs ont mis en exergue un lien de causalité entre la maltraitance physique, psychologique, la négligence infantile et un éventail de **troubles physiques** à l'âge adulte. Il existe des preuves d'une association significative reliant la maltraitance physique à l'arthrite, les ulcères et les migraines à l'âge adulte. Cependant, pour la plupart des autres résultats, y compris le diabète de type 2, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et le cancer, ces associations étaient généralement faibles et incohérentes. (Norman et al. 2012). D'autre part, des **troubles de l'alimentation** tels que la boulimie nerveuse, l'anorexie et la frénésie alimentaire ont été décrits chez des adultes de 45 ans comme statistiquement associés à des antécédents de maltraitance infantile dans une étude américaine (Afifi et al. 2017). Il existe également un risque augmenté de manière significative de développer un surpoids et de l'obésité chez les personnes maltraitées physiquement et émotionnellement (Tamayo et al. 2010).

Pour finir les personnes qui avaient été maltraitées dans leur enfance couraient également un risque plus élevé de maladies sexuellement transmissibles et / ou de comportements sexuels à risque par rapport aux personnes non maltraitées (Jewkes et al. 2010). Elles présentaient également un risque accru d'infection par le VIH (Gibbs et al. 2018). Dans cette étude les auteurs ont mis en évidence une relation entre les traumatismes liés à l'enfance et une gamme de comportements à risque liés au VIH (nombres de partenaires au cours de l'année, utilisation d'un préservatif lors des rapports, violences sexuelles non liées au partenaire...).

Il est rare que les traumatismes physiques ou autres aient uniquement des répercussions au niveau corporel. Dans l'étude transversale menée par Mandavia et ses collègues on a également identifié, chez les anciens maltraités, des problèmes de santé mentale et notamment des **syndromes de stress post-traumatique** et de la **dépression** (Mandavia et al. 2016).

#### 1.4.2 Conséquences sur la santé mentale

C'est d'un point de vue psychologique que les conséquences à long terme de la maltraitance ont été le plus étudiées, et paraissent plus fréquentes et nocives.

Une méta-analyse des données de 124 études a mis en évidence un lien de causalité entre la maltraitance physique, émotionnelle, ou la négligence envers un enfant et les répercussions psychologiques (Norman et al. 2012) : les troubles mentaux comprennent les **troubles anxieux**, la **toxicomanie**, et un **comportement suicidaire**. Par exemple, les enfants maltraités sur le plan émotionnel couraient un risque trois fois plus élevé de développer un trouble dépressif que les enfants non maltraités. Les personnes physiquement maltraitées et négligées avaient également un risque plus élevé de développer un **trouble dépressif** que les personnes non maltraitées.

Pour finir, la maltraitance physique, psychologique et sexuelle augmente considérablement le **risque de consommation excessive d'alcool** (consommation risquée, abus/ dépendance à l'alcool) et de **consommation de drogue** (Mandavia et al. 2016) : Dans cette étude 8 % des enfants maltraités physiquement et émotionnellement consommaient de l'alcool et de la drogue.

Des associations significatives ont également été observés entre les violences physiques fréquentes et les **troubles de stress post-traumatique** ainsi que des crises de panique (Hovens et al. 2010).

Une étude réalisée en Turquie portant sur des enfants et adolescents conclut également à un lien entre le fait d'avoir été abusé sexuellement et des troubles du sommeil, des symptômes de dépression, un syndrome de stress post-traumatique, et des troubles du comportement (Yüce et al. 2015). De plus en plus de preuves démontrent que la négligence dans l'enfance peut être aussi néfaste que la souffrance physique et émotionnelle. Celle-ci conduit principalement vers une faiblesse émotionnelle et une baisse de l'estime de soi.

#### 1.4.3 Insertion sociale

La maltraitance et la négligence entraînent également des **troubles de la conduite sociale**. En effet, chez des adultes âgés de 45 ans et maltraités lors de la petite enfance, on a pu identifier un lien entre ces événements traumatisants et des troubles sociaux : mauvaises relations avec les proches, faible réseau social (Ford et al. 2011). La négligence semble avoir en particulier des conséquences sur l'insertion sociale et provoquer de faibles interactions avec les pairs.

Expérimenter de multiples formes de violences pendant l'enfance et l'adolescence rend susceptible par la suite d'en devenir l'auteur. C'est ce qu'on appelle la **transmission intergénérationnelle de la violence familiale**. Ces parents, qui ont eux-mêmes été maltraités pendant leur enfance, répètent cette violence envers leurs progénitures (Tursz 2013). La théorie de l'apprentissage social de Bandura postule que les comportements sont souvent appris grâce à notre environnement et que le système familial joue un rôle central dans l'éducation. Les enfants imitent inévitablement et acquièrent les compétences interpersonnelles de leurs parents. Les enfants dans ces situations apprennent que la violence est normale, appropriée, et inévitable dans les relations intimes (Woollett et Thomson 2016). Par ailleurs, les victimes de maltraitance peuvent souffrir de problèmes cognitifs, psychiatriques, comportementaux et sociaux tout au long de l'adolescence et de l'âge adulte, ce qui accroît le risque de créer de mauvaises relations avec leurs enfants et de devenir de mauvais parents (Sethi et al. 2013).

➔ Les graves conséquences de la maltraitance pour un enfant démontrent ainsi la nécessité pour les chirurgiens-dentistes de se confronter à cette thématique. A l'heure actuelle, on en connaît peu sur le rôle des « **facteurs de médiation** », c'est-à-dire les moyens extérieurs diminuant la gravité des conséquences de la maltraitance. Il semblerait que l'existence d'une structure familiale stable et un lien d'attachement de l'enfant à une personne adulte proche semblent constituer d'authentiques facteurs de médiation (Kamann 2008).

## **2 Détecter et signaler la maltraitance au cabinet dentaire**

Le chirurgien-dentiste n'a pas pour rôle de prouver l'existence d'une maltraitance mais il est de son devoir de la dépister et de la signaler aux autorités compétentes.

### **2.1 Place centrale du chirurgien-dentiste**

#### 2.1.1 Fréquences des lésions oro-faciales

Le chirurgien-dentiste est en première ligne pour détecter la maltraitance en raison de la fréquence des lésions oro-faciales. En effet de nombreuses études démontrent que **50 à 75 %** des manifestations physiques de la maltraitance se trouvent au niveau de la tête et du cou (Daligand et al. 2016). Pourtant les dentistes ne représentent que 1 % des abus signalés (Rayman et al. 2013). Ce faible niveau de signalement par des dentistes expose deux préoccupations principales : l'une est le manque d'éducation et de connaissances pour reconnaître les signes de maltraitance et négligence infantile, l'autre est le manque d'informations sur les procédures pour signaler les abus survenus à l'encontre d'enfants.

Il semblerait que le **visage et la cavité orale** soient les foyers centraux où s'exerce la violence du fait que ces zones sont exposées et accessibles et parce qu'elles portent les caractéristiques de l'identité. Ainsi, les lèvres seraient les plus touchées en cas d'abus physiques devant la muqueuse orale, les dents, la gencive et la langue (Fisher-Owens et al. 2017).

Une étude rétrospective réalisée au Brésil a examiné la présence de lésions dans la région oro-faciale chez des enfants et des adolescents victimes de violences physiques en milieu scolaire. Des lésions autour de la tête et du visage étaient présentes dans 69,1 % des cas - 23,8 % des victimes ayant présenté des lésions dans la cavité buccale. Toutes les blessures étaient localisées dans des tissus mous, principalement au niveau des lèvres (Cavalcanti 2009).

#### 2.1.2 Importance de l'entretien

Lorsque le chirurgien-dentiste suspecte une quelconque maltraitance ou négligence, il doit engager un **dialogue** avec l'enfant et ses parents, séparément de préférence. Pendant l'entretien, il est souhaitable qu'un membre de l'équipe dentaire soit présent à titre de témoin. De plus, le praticien doit connaître les stades de développement de l'enfant et s'adapter à son niveau de compréhension et de langage. Les phrases doivent être courtes, simples, et il est préférable de poser des **questions ouvertes** (Haute Autorité de santé (HAS) 2017).

Lors de l'entretien, le chirurgien-dentiste ne doit jamais être accusateur envers les parents, ou porter un jugement quelconque. Il devra être objectif et professionnel, l'intérêt premier étant de pouvoir étayer une suspicion de maltraitance (Nathanson et al. 2011). Si le(s) parent(s) refuse(nt) d'être séparé(s) de l'enfant, l'explication de l'enfant pour la blessure doit être recherchée en premier (sans interruption) avant que le parent ne fournisse une explication. Toute hésitation dans son histoire ou un regard constant vers le parent au cours de l'histoire doit être noté (Nagelberg 2015). Ce premier entretien doit être consigné dans le dossier médical, et qu'il s'agisse de l'enfant, ses parents, son entourage, ou même les membres du personnel leurs dires doivent être enregistrés mot à mot (Rayman et al. 2013).

### 2.1.3 Documents à rassembler par le chirurgien-dentiste

Lors de l'examen clinique du patient, il est très important de remplir de façon claire et précise le **dossier médical** du patient. Une documentation complète de l'affaire comprendra (Nagelberg 2015) :

- La description précise des lésions (aspect, forme, couleur) ainsi que la localisation des blessures, ecchymoses ou autres marques suspectes de maltraitance sur la personne blessée au moment de la visite,
- La mention de toute autre lésion non dentaire observable (main, cou, pieds)
- Des photographies intra et extra-orales des blessures ou de présomption de négligence
- La mesure des blessures si possible (notamment en cas de morsure),
- La radiographie des lésions dentaires et osseuses dans le cadre de traumatisme
- Toute citation ou remarque faite par le patient au personnel dentaire ou par le parent,
- Les observations de la santé générale du patient ainsi que son comportement (poids, humeur, fatigue, apathie, hygiène générale et bucco-dentaire, interaction avec le parent ou l'adulte qui accompagne l'enfant...). Si le patient doit être référé pour une évaluation médicale supplémentaire, il convient de le noter.

Record of Facial Injury

Description of findings: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Time: \_\_\_:\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_  
 Ref. no.: \_\_\_\_\_  
 (or affix patient label)

*Figure 2 : Exemple de schéma pour reproduire les blessures oro-faciales de l'enfant (Harris et al. 2009)*

Le **carnet de santé** de l'enfant doit être complété car il sert d'outil de liaison entre les différents professionnels de santé. Uniquement les données objectives relatives au développement de l'enfant et à la pathologie observée y sont retranscrites (Bui et al. 2011). Enfin, un **certificat médical** doit être rédigé avec prudence et objectivité, sans mentionner d'informations qui violeraient le secret professionnel. Il faudra remettre le certificat au représentant légal, dans la mesure où celui-ci n'est pas impliqué dans les faits, et en garder un double dans le dossier médical. Tout doit y être consigné depuis les conditions exactes de l'accident, la description précise des lésions jusqu'aux décisions thérapeutiques car le certificat initial conditionne l'expertise ultérieure mais aussi l'évolution (Vazquez et al. 2016).

#### 2.1.4 Dilemme : pourquoi les dentistes ont tant de mal à signaler ?

La sous-déclaration des violences et négligence envers les enfants est un problème important dans la profession dentaire. À l'échelle internationale, les études démontrent systématiquement un écart important entre le nombre de cas de maltraitance présumées et le nombre de cas rapportés par les dentistes (Tilvawala et al. 2014).

Une étude suédoise a examiné les facteurs qui influent sur la décision des chirurgiens-dentistes spécialisés en pédiatrie à signaler des soupçons d'abus ou de négligence aux services sociaux (Kvist et al. 2014). Les auteurs ont démontré qu'il existait des **dilemmes cliniques et éthiques** à entamer une démarche de signalement. Les chirurgiens-dentistes semblent être confrontés à 3 sortes de dilemmes :

- Le chirurgien-dentiste doit-il « **soutenir ou signaler** » ? Il existe des tensions difficiles voire inconciliables entre soutenir les familles, et de ce fait établir une relation de confiance avec l'enfant et sa famille, ou signaler des préoccupations concernant la protection de l'enfant. Ces signalements semblent entraîner plusieurs inquiétudes : que les enfants ne puissent pas suivre un traitement après la rédaction d'un tel rapport entraînant un retard de prise en charge bucco-dentaire, l'inquiétude de recevoir des menaces de la part de la famille ainsi que l'absence de preuves suffisantes pour établir un signalement.
- Prendre une décision lorsqu'il existe un **doute important** entre une simple inquiétude sur le bien-être de l'enfant, une suspicion de maltraitance et une maltraitance confirmée. Les difficultés à confirmer la suspicion de maltraitance semblent pousser la plupart des dentistes à ne pas rédiger de rapports. Il ressort la nécessité de discuter avec plusieurs professionnels de l'enfance avant d'entamer les démarches de signalement.
- Les participants ont constaté que le **manque de communication** avec les services de protection de l'enfance associé à une méconnaissance du résultat d'un rapport les poussait à ne pas entreprendre de démarche de signalement. Des doutes ressortent quant à l'amélioration de la situation de l'enfant suite au signalement. Il découle de cela l'importance pour les praticiens de savoir à posteriori si leurs suspicions étaient fondées.

Dans une enquête menée auprès de 256 dentistes jordaniens, 50 % avaient suspecté un cas de maltraitance infantile au cours des 5 dernières années, mais seulement 12 % des répondants ont effectivement signalé les cas aux autorités (Sonbol et al. 2012). Les principales raisons de ne pas signaler les soupçons d'abus et de négligence étaient : la **peur de la colère des parents** (43 %), **l'incertitude concernant le diagnostic** (41 %) et le **manque de connaissance concernant le protocole à suivre en cas de doute** (41 %). Parmi les autres facteurs ayant poussé les dentistes à ne pas signaler : manque d'histoire adéquate ainsi que la crainte de nouvelles violences envers l'enfant.

## 2.2 Signaux d'alertes

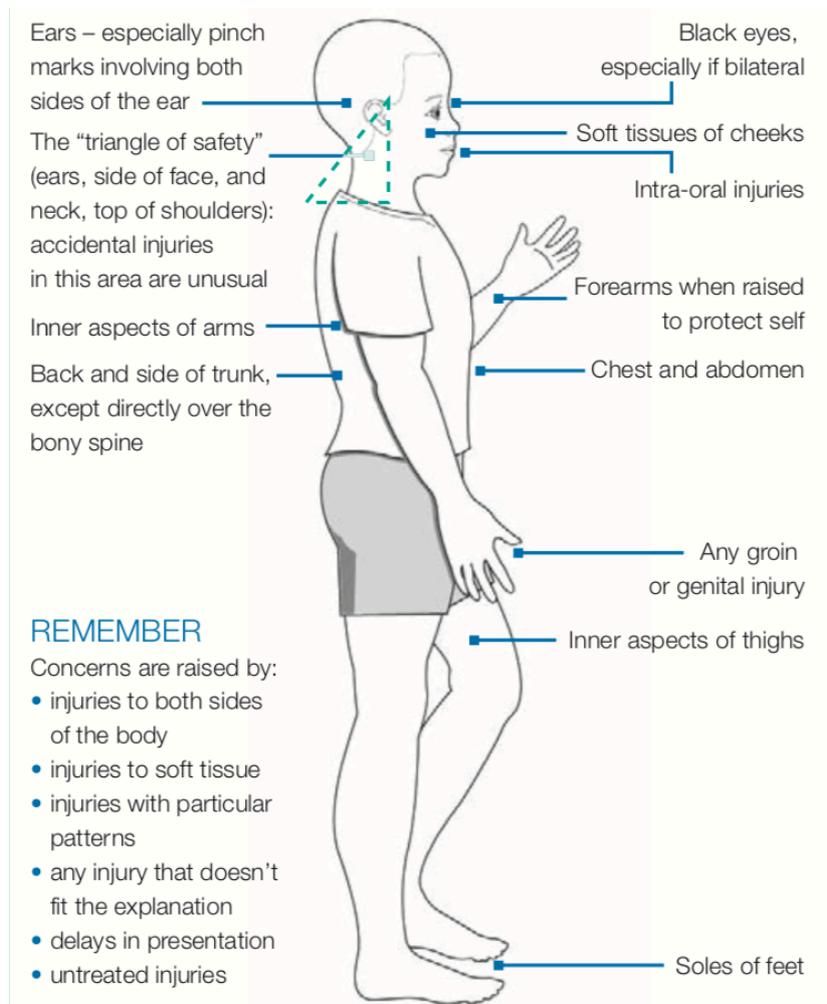
### 2.2.1 Aspect général de l'enfant

Lorsqu'un enfant se présente en consultation, notamment en cas de traumatisme, les antécédents peuvent alerter l'équipe de soins dentaires de la possibilité de maltraitance.

En effet, l'**histoire** peut constituer la source d'information la plus importante. Avant d'examiner la bouche, le chirurgien-dentiste averti peut noter les signes physiques généraux qui peuvent correspondre à de la maltraitance ou à de la négligence envers un enfant (Somani et al. 2011) :

- ❖ Carence nutritionnelle et retard staturo-pondéral ;
- ❖ Les blessures extra-orales sont notées. Elles peuvent être à divers stades de guérison, ce qui indique la possibilité de traumatismes répétés ;
- ❖ Présence d'ecchymoses ou d'hématomes reflétant la forme de l'objet incriminé, par exemple une boucle de ceinture, une sangle, une main ;
- ❖ Des brûlures de cigarette ou de friction peuvent être notées, par exemple à partir de ligatures aux poignets, de bâillonnement sur la bouche ;
- ❖ Il peut y avoir des marques de morsure, des plaques d'alopécie (sans cause médicale sous-jacente, elles peuvent être le signe de malnutrition ou d'arrachement brutal de cheveux), des blessures aux extrémités du corps, au visage, aux yeux (hémorragie rétinienne), aux oreilles ou autour de la bouche ;
- ❖ Pour les signes de négligence générale, on peut noter une faim constante, de la fatigue ou apathie, des besoins médicaux non surveillés, une hygiène défectueuse, des vêtements inappropriés ou inadéquats (Stephen A. et Deinard 2016).

Dans tous les cas, le praticien doit s'alerter devant des **blessures multiples, variées, d'âge différent** ou devant des topographies parfois évocatrices (brûlure du siège, fracture du crâne...). Comme toujours, le praticien doit se rappeler qu'il peut exister des explications autres que la maltraitance d'enfant.



*Figure 3 : Localisations topographiques les plus fréquentes de blessures non accidentelles (Harris et al. 2009)*

### 2.2.2 Comportement de l'enfant victime de violence au cabinet dentaire

L'enfant peut également présenter un changement de **comportement inhabituel** évocateur de maltraitance. Le chirurgien-dentiste pourra ainsi faire face à une conduite d'évitement de la part de l'enfant accompagnée d'un regard fuyant et d'une peur du contact. Un portrait typique appelé « **Vigilance gelée** » peut révéler les sévices subis : interruption brusque de tout rire, pleur ou cris de la part de l'enfant pour se figer dans une expression neutre guettant le comportement des adultes qui l'entourent, et semblant traqué dans l'attente des coups répétés. Ce comportement persiste longtemps, même après la séparation d'avec le milieu familial (Daligand et al. 2016). A l'inverse, d'autres enfants ne manifestent qu'indifférence et froideur ou au contraire montrent une excitation permanente avec cris, rires incoercibles, agitation. Il pourra arborer un comportement qualifié « **d'attachement sans discrimination** » c'est-à-dire extrêmement affectueux, familiarisant rapidement avec des inconnus (Parmentier et al. 2016).

Dans l'article de Garrocho-Rangel, l'auteur décrit le cas clinique d'une petite fille de 5 ans abusé physiquement et sexuellement. Tout au long des rendez-vous, les dentistes ont suspecté un certain type d'abus chez cette patiente, principalement en raison de son comportement initial sur le fauteuil : une attitude introvertie et silencieuse a été initialement constatée. D'autre part, ils ont remarqué que lorsqu'un adulte de sexe masculin s'approchait du fauteuil dentaire, la patiente devenait nerveuse et chuchotait des phrases telles que : « Soyez prudent. Les hommes sont dangereux ». Après une enquête approfondie et minutieuse, il a été révélé que le cousin de la patiente avait, plusieurs mois auparavant, abusé de manière répétée sexuellement de la patiente (Garrocho-Rangel et al. 2015).

### 2.2.3 Le comportement des parents

Le **comportement des parents** peut également mettre le dentiste en alerte et renforcer son diagnostic de suspicion de maltraitance. Ainsi les parents peuvent être sur la défensive ou hostiles lorsqu'ils sont consultés. L'explication donnée pour la blessure peut être incompatible avec le type de lésion observée ou avec les capacités de l'enfant, ou même être différente selon le parent interrogé. Les indications d'une négligence possible incluent un retard dans la recherche de soins médicaux pour la blessure évidente d'un enfant et des absences répétées à des rendez-vous programmés (Hibbard et Sanders 2011).

Le praticien devra faire preuve de vigilance lors des interactions avec les parents dans les cas suspects de maltraitance d'enfants. La plupart des adultes violents n'ont généralement pas de questions et peuvent paraître en retrait, indifférents ou dans la réfutation face aux constatations du praticien (Rayman et al. 2013). Ils peuvent également manifester un empressement à quitter le cabinet dentaire et adopter une attitude agressive ou au contraire être sur la défensive vis-à-vis du professionnel de santé.

Très souvent l'adulte maltraitant ne manifeste pas de réaction à la douleur ou à l'inconfort de l'enfant ou en est agacé. Il peut minimiser, ou bien contester des symptômes ou des dires de l'enfant, et parfois même le dénigrer vis-à-vis du praticien. Il pourra refuser toute investigation médicale sans raison valable (Haute Autorité de santé (HAS) 2017).

### 2.2.4 Signes évocateurs de la maltraitance au cabinet dentaire

De nombreux auteurs mettent en avant plusieurs signes évocateurs d'une maltraitance. Les indices suivants sont toujours des éléments primordiaux à noter (Vazquez et al. 2016) :

- ❖ **Déclarations contradictoires de l'entourage** ou différentes versions données successivement ;
- ❖ Discordance entre les lésions retrouvées lors de l'examen clinique et les explications données par l'enfant, ses parents ou son tuteur ; **Absence d'explication plausible**
- ❖ Des **lésions d'âge différent** : plusieurs hématomes de couleurs différentes seront souvent associés à des coups portés à différents jours et à de la maltraitance répétée (Amara et al. 2017) ;
- ❖ **Localisation des blessures** dans des zones habituellement peu sujettes aux traumatismes accidentels en fonction de l'âge (hématome périorbitaire, péri-auriculaire) ;
- ❖ Preuve de fractures antérieures ;
- ❖ Blessures avec motifs, par exemple morsures, marques de ceinture ;
- ❖ **Retard important** pour faire appel au chirurgien-dentiste malgré la gravité des lésions (par exemple face à une cellulite) ou un mal-être de l'enfant (traumatisme des incisives centrales) ou peu d'importance accordée à ces lésions.



*Figure 4 : Hématome périorbitaire suite à un violent choc sur l'œil droit chez un enfant de 5 ans.  
(Daligand et al. 2016)*

#### 2.2.5 Signes évocateurs de la négligence au cabinet dentaire

La **négligence dentaire**, telle que définie par l'American Academy of Pediatric Dentistry, est « l'échec délibéré du parent ou du tuteur légal de rechercher et de suivre le traitement nécessaire pour assurer un niveau de santé bucco-dentaire essentiel au bon fonctionnement et à l'absence de douleur et d'infection » (Kellogg 2010). Le syndrome du biberon se retrouve chez des jeunes enfants, âgés de deux à cinq ans. Il se caractérise par la présence de caries évolutives dites rampantes en rapport avec une alimentation sucrée et continue au biberon persistant après l'âge de 12 mois.

La présence de cette affection peut-être le signe d'une négligence générale, en particulier si elle persiste après avoir été portée à l'attention des parents. La négligence au niveau dentaire se traduit le plus fréquemment par un état dentaire déplorable associé à des caractéristiques particulièrement préoccupantes (Harris et Whittington 2016) :

- ❖ **Maladies dentaires évidentes** : Caries dentaires généralisées non traitées, en particulier celles qui sont évidente pour un profane ou un professionnel de santé autre que dentaire, associée à une mauvaise hygiène bucco-dentaire et à la présence d'abcès récurrents ;
- ❖ **Impact significatif sur l'enfant** : difficulté d'alimentation, de communication, manque de confiance en soi dû à la présence de nombreuses caries, douleurs et infections non traitées...pouvant entraîner une dégradation de la santé et du bien-être ;
- ❖ **Défaut de procuration de soins dentaires** : Les parents ou les personnes qui s'occupent de l'enfant ont accès au traitement mais échouent de manière persistante à lui procurer des soins, par exemple : absence de recherche de soins dentaires ou retard dans la recherche de traitement en présence de caries visibles en bouche - visite irrégulière et des rendez-vous manqués à répétition - défaut de terminer le traitement dentaire planifié – revient en urgence pour des douleurs à intervalles répétés.
- ❖ **Omission de suivre les conseils d'un dentiste**, de procurer un médicament à l'enfant associé à une absence de soins bucco-dentaires de base par exemple un brossage de dent correct



*Figure 5 : Petite fille de quatre ans avec d'importantes caries non traitées qui a raté plusieurs rendez-vous pour les extractions de toutes ses dents (Harris et Whittington 2016)*

Il est souvent difficile de faire la distinction entre des défauts de soins commis intentionnellement ou un manque d'éducation de la part des parents et/ou une question financière. L'instant où il faut considérer un parent comme négligent et commencer à intervenir est lorsque celui-ci a été correctement averti par l'équipe dentaire de la nature et de l'étendue de la santé bucco-dentaire de l'enfant, du traitement spécifique nécessaire et du processus permettant d'y accéder, et qui pourtant refuse d'y soumettre son enfant.

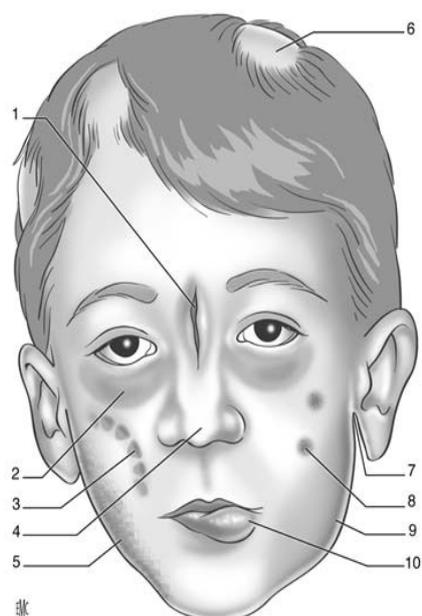
## 2.2.6 Manifestations oro-faciales des violences physiques

La connaissance des signes cliniques ne suffit pas : le praticien doit faire la corrélation entre les signes cliniques, leurs localisations, le type et la forme de la lésion et l'âge de l'enfant (Amara et al. 2017). Lors de l'examen clinique, il procédera à un examen extra-oral puis intra-oral puis en cas de suspicion il interrogera l'enfant et ses parents.

### 2.2.6.1 Les lésions faciales

Les lésions qui découlent de maltraitance apparaissent dans 50 % des cas dans la région oro-faciale d'où la nécessité pour le chirurgien-dentiste d'être formé à la reconnaissance des signes de maltraitance. Lors de l'examen extra-oral, le praticien devra examiner la tête et le cou de l'enfant à la recherche de toute asymétrie, gonflement, inspecter le cuir chevelu, noter la présence d'abrasion ou d'ecchymose de couleur différente qui indique différents stades de cicatrisation et de la maltraitance répétée et repérer toutes marques de brûlures ou morsures (2013). Les **manifestations faciales** de la maltraitance physique incluent le plus souvent contusions, ecchymoses et hématomes dans 62 % des cas, plaies (26 %), brûlures (3 %), fractures (2 %), morsures (1 %) (Vazquez et al. 2016). Ces lésions sont fréquentes et ne doivent pas être banalisées ni négligées surtout lorsqu'elles sont associées à des fractures osseuses.

Les **formes** des lésions peuvent être évocatrices de maltraitance notamment en fonction de ce qui a été utilisé pour brutaliser l'enfant (marque de doigts, cigarette, fourchette...). Le praticien doit garder en mémoire qu'une lésion nette et symétrique est le plus souvent signe de blessure intentionnelle tandis qu'une lésion de forme aléatoire est le plus souvent de source accidentelle.



*Figure 6 : Localisation des principales lésions faciales observables chez l'enfant battu :*

- 1) Fracture de l'ensellure nasale
- 2) Ecchymose sous-orbitaire
- 3) Indentation de morsures
- 4) Nez de boxeur
- 5) Abrasion épidermique
- 6) Plaque d'alopecie
- 7) Décollement du lobe de l'oreille
- 8) Brûlures de cigarettes
- 9) Œdème sous-angulomandibulaire suite à une fracture de l'angle mandibulaire
- 10) Œdème de la lèvre inférieure

*(Nossintchouk et Kouyoumdjian 2008)*



*Figure 7 : Blessures au visage d'un jeune garçon : griffures sur la joue, ecchymoses à l'oreille et égratignures sur la nuque (Hinchliffe 2011)*

Les marques de **morsures** d'un adulte sur un enfant doivent être recherchées. Elles sont souvent associées à un hématome. Elles sont reconnaissables par leur forme **ovale** ou circulaire et par leur distance inter-canine supérieure à 3 centimètres (Costacurta et al. 2015). Les marques de morsures humaines laissent quelques signes superficiels et sont associées à des hématomes et à des écorchures tandis que les morsures animales dilacèrent et arrachent les tissus. Ces marques de morsures doivent toujours être photographiées en compagnie d'une règle graduée. Ces photographies sont indispensables pour l'examen médico-légal et pourront permettre d'identifier l'agresseur en les comparant avec les caractéristiques anatomiques réelles de la personne suspectée.



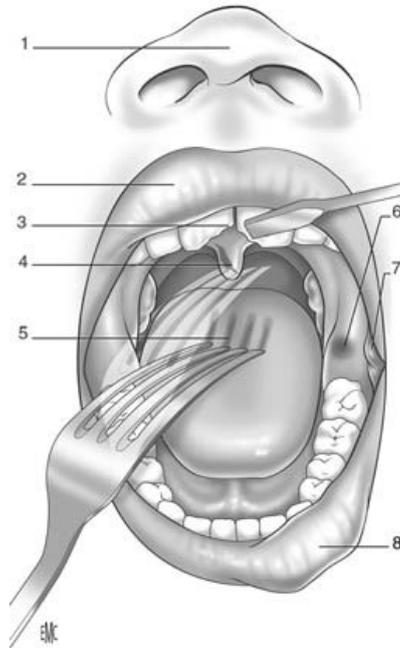
*Figure 8 : Photographie d'une morsure humaine, avec l'échelle ABFO numéro 2 (Pretty 2008)*

Le praticien devra prêter attention à l'explication donnée par les parents, ou tout adulte présent, et de la victime sur l'historique de la blessure, en particulier lorsque cela semble incompatible avec l'aspect de la lésion.

#### *2.2.6.2 Les lésions endo-buccales*

La cavité orale doit être examinée minutieusement. En raison de son importance dans la communication, l'alimentation et son pouvoir érogène elle peut être le siège de multiples lésions dans le cadre de violences physiques et/ou sexuels. Elles comportent des **lésions muqueuses** (contusions 43 % , plaies 28,5 %, brûlures, lacérations, cicatrices) ou musculo-muqueuses et des **atteintes dentaires** (28,5 %) (Vazquez et al. 2016). L'introduction forcée d'un objet ou d'un aliment dans la bouche de l'enfant peut provoquer ces blessures. La localisation et l'aspect de ces lésions sont très variés, dépendant de l'agent causal et de l'ancienneté des blessures. Les **lèvres** seraient les plus touchées en cas d'abus physiques devant la muqueuse orale, les dents, la gencive et la langue (Daligand et al. 2016).

L'examen endobuccal est complexe chez un enfant victime d'abus ou de négligence. L'introduction dans la cavité buccale d'abaisse-langue et d'un miroir dentaire est souvent impossible et cela est d'autant plus suspect de maltraitance. Il faut inspecter l'état des lèvres, des muqueuses, des gencives, des freins labiaux et linguaux, du palais, de la langue et des dents. Lorsque l'explication des blessures ne justifie pas les résultats cliniques ou en présence de nouvelles lésions associées à des blessures plus anciennes et en l'absence de soins, les soupçons de maltraitance seront particulièrement forts.



*Figure 9 : Signes pathologiques lors de l'examen endo et péri-buccal, d'origine traumatique :*

- 1) Nez de boxeur
- 2) Œdème de la lèvre supérieure
- 3) Fracture coronaire
- 4) Blessure de la lueite
- 5) Traumatisme de la langue par introduction d'un ustensile de cuisine
- 6) Brûlure de cigarette au niveau de la commissure labiale
- 7) Dilacération commissurale (par l'application de baillons)

(Nossintchouk et Kouyoumdjian 2008).

On retrouve comme **lésions buccales typiques** (Somani et al. 2011) :

### **Lésions buccales typiques en cas de violence physique**



*Figure 10 : Cas présumé de maltraitance (Yellen 2009)*



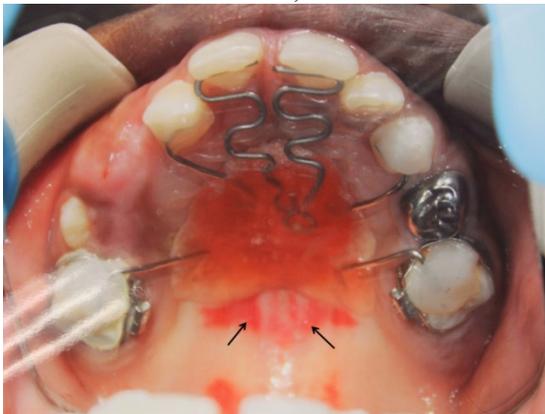
*Figure 11 : Un exemple de fracture de la dent 11, gonflement des lèvres, lacération et saignements causés par un traumatisme contondant (Nagelberg 2015)*

- **Traumatismes des tissus mous :** Déchirures des muqueuses jugales et buccales en cas de coup porté sur le visage, hématome ou lacération sur le versant muqueux de la lèvre supérieure, résultant d'une alimentation forcée. Les baillons appliqués sur la bouche pour faire taire l'enfant peuvent provoquer des ecchymoses ou des cicatrices aux commissures labiales.
- **Traumatismes dentaires :** expulsion, intrusion, fracture couronne/racine, luxation -> des traumatismes dentaires répétés associés à d'autres éléments troublants peuvent faire suspecter une maltraitance. Des dyschromies dentaires suggèrent également des antécédents de traumatisme pulpaire dus à des abus passés
- **Traumatisme à la langue :** elle peut présenter des cicatrices, des brûlures ou être coupée par les dents en cas de coups portés sur la mandibule.
- Le **palais** peut présenter des traces d'une alimentation forcée
- **Fracture du maxillaire et/ou de la mandibule :** localisés aux condyles, à la branche montante mandibulaire.

## Lésions buccales témoignant de violence sexuelle



*Figure 12 : Lésion de la langue avec une base pédiculée chez un enfant de cinq ans, associée à une lésion au palais. Histologie confirme un condylome acuminé dû à un papillomavirus. L'enfant a été abusé sexuellement par un voisin (Percinoto et al. 2014)*



*Figure 13 : Lésions ecchymotiques bilatérales symétriques (flèches) notées à la jonction du palais mou et du palais dur suggérant un abus sexuel oral (Arora et al. 2013)*



*Figure 14 : Lésion caractéristique de la syphilis sur le dos de la langue (Nagelberg 2015)*

Un comportement inapproprié de l'enfant peut confirmer des abus sexuels : conduite d'évitement, connaissances sexuelles inadaptées...

- Des **blessures au palais inexplicables** à la jonction palais dur-palais mou comme des érythèmes ou des pétéchies, ainsi que des blessures du frein de la langue peuvent être des preuves évidentes de rapport oral forcé.
- Chercher toute présence d'une **infection sexuellement transmissible** (gonorrhée, virus du papillome humain, syphilis, VIH, chlamydia) bien qu'il faille également envisager une transmission verticale de la mère à l'enfant :
  - Une infection au **papillomavirus** peut engendrer des lésions verruqueuses ou l'apparition de papules sur la muqueuse intra-buccale. Les **condylomes acuminés**, provoqués par des agents infectieux du virus du papillome humain, se retrouvent souvent comme une ou plusieurs lésions uniques, pédunculées, ressemblant à un chou-fleur. Sa présence suggère dans la plupart des cas une preuve d'abus (Costacurta et al. 2015).
  - La **syphilis** se manifeste par la présence d'une papule sur les lèvres, la langue ou sur la peau au niveau du site d'inoculation
  - Les manifestations buccales d'une infection au **virus de l'immunodéficience humaine (VIH)** : candidose, gingivite ulcéro nécrotique ou leucoplasie orale chevelue
  - La **gonorrhée** : est une infection sexuellement transmissible, courante chez les victimes d'abus sexuels. Elle se manifeste sur les lèvres, la langue, le palais, le visage et surtout le pharynx sous des formes allant de l'érythème aux ulcérations. En règle générale, la gonorrhée orale et péri orale chez les enfants prépubères, diagnostiquée avec des techniques de culture appropriées, est **pathognomonique** pour les agressions sexuelles.
  - Le **virus de l'Herpès Simplex** de type 2, (HSV-2) se présente sous la forme d'une zone érythémateuse douloureuse orale ou péri-orale avec des vésicules en grappe de raisin.

### Cas particulier des freins labiaux

Les **déchirures des freins**, en particulier du frein labial supérieur, sont fréquemment observés chez les enfants maltraités (Somani et al. 2011). Par exemple, le frein labial peut être déchiré lorsqu'une main ou un autre objet contondant est appliqué de force sur la lèvre supérieure pour faire taire l'enfant. En dehors du moment de l'apprentissage de la marche et des chutes fréquentes (entre 8 mois et 3 ans), ces lésions sont très suspectes et peuvent être dues à une alimentation forcée ou à une traction violente de la lèvre ou encore à un traumatisme contondant (Daligand et al. 2016). Il a été suggéré qu'un frein déchiré est pathognomonique de maltraitance physique (Nagelberg 2015).

Cependant, nombreuses des lésions évoquées précédemment peuvent correspondre à des traumatismes accidentels d'où la nécessité de dialoguer avec les parents et l'enfant.

### **2.3 Diagnostic différentiel**

Nombreuses des lésions par maltraitance peuvent correspondre à des **blessures accidentelles** classiques et fréquentes à l'âge de l'enfant mais dans ce cas, l'histoire relatée doit être fondée et concevable et en phase avec le développement de l'enfant.

D'autre part, certaines pathologies peuvent afficher un aspect clinique similaire aux lésions observées en cas de maltraitance (Parmentier et al. 2016) :

- **Pathologies hématologiques** : des hématomes et des ecchymoses peuvent apparaître dans certains troubles constitutionnels ou acquis des facteurs de l'hémostase comme l'hémophilie, la maladie de Willebrand, le purpura thrombopénique... Une numérotation de la formule sanguine associée à une étude complète de la coagulation (TP, TCA, TQ) permettra de préciser le diagnostic.
- **Pathologies osseuses** : lorsque des atteintes osseuses multiples sont constatées chez un enfant il est légitime de soupçonner un syndrome de l'enfant battu. Il faudra tout de même suspecter une **ostéogénèse imparfaite** aussi appelée maladie des os de verre qui entraîne des fractures osseuses suite à un choc très faible.
- **Pathologies à manifestations cutanées** : certaines infections cutanées d'origine bactériennes ou virale telles que l'herpès ou l'impétigo peuvent prendre les caractéristiques cliniques d'une brûlure. Il en est de même pour l'épidermolyse bulleuse, certaines réactions allergiques topiques, ou encore les photodermatoses.

- **Automutilations** : les plages d'**alopécies** peuvent être provoquées par l'enfant lui-même (trichotillomanie) ou bien dans le cadre de maltraitance psychologique ou de troubles du comportement. Dans ce cas elles sont souvent circonscrites à la région temporale droite chez un droitier et le cuir chevelu est intact (Vazquez et al. 2016). Ces alopécies sont à distinguer de l'alopécie due à une éventuelle carence nutritionnelle.
- **Transmissions non sexuelles d'infection sexuellement transmissibles (IST)** : Un enfant présentant des traces d'IST peut avoir été contaminé par sa mère en anté- ou périnatal ou de manière accidentelle lors d'un contact avec un adulte.

Ainsi une anamnèse précise du patient est nécessaire afin de recueillir l'ensemble de ces antécédents médicaux. Si le doute persiste quant à un problème médical, il est impératif que le chirurgien-dentiste fasse faire à l'enfant des examens complémentaires (bilan de coagulation par exemple ou bilan radiologique) ou du moins si les démarches à suivre lui sont inconnues il doit référer l'enfant à son médecin généraliste afin qu'il prenne les choses en main.

## **2.4 Signaler un cas de maltraitance**

Devant toute situation de suspicion de maltraitance, le chirurgien-dentiste doit toujours accorder la priorité à l'enfant et ne jamais rester seul avec ses doutes. Le professionnel de santé peut s'adresser :

- À l'**autorité administrative**, c'est-à-dire au conseil départemental en envoyant une « **information préoccupante** » à la **Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes** (CRIP). Toute personne ayant connaissance de situation d'enfants en danger ou en risque de l'être doit procurer les informations à cette cellule ;
- À l'**autorité judiciaire**, c'est-à-dire au **procureur de la République**. On parle alors d'un « **signalement** » qui se fait par courrier ou téléphone en cas d'urgence ou d'abus sexuel.

### 2.4.1 La transmission d'information préoccupante

*« Une information préoccupante est constituée de tous les éléments, y compris médicaux, susceptibles de laisser craindre qu'un mineur se trouve en situation de danger ou de risque de danger et puisse avoir besoin d'aide, qu'il s'agisse de faits observés, de propos entendus, d'inquiétude sur des comportements de mineurs ou d'adultes à l'égard d'un mineur »*

*(Ministère de la santé et des Solidarités 2007)*

Une information préoccupante doit être transmise à la **cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes** lorsque le praticien soupçonne l'existence d'un danger ou d'un risque de danger pour un mineur, hors situation de danger avéré. Le praticien est tenu d'en avertir la famille.

La totalité des départements sont dotés d'une CRIP. Celle-ci joue un rôle de conseil pour que le praticien ne soit pas seul face à ses doutes. Les médecins ou les professionnels y travaillant peuvent être les premiers interlocuteurs auprès desquels les chirurgiens-dentistes peuvent demander conseil et recevoir de l'aide lorsqu'ils sont dans le doute concernant la situation d'un enfant et pour la rédaction si nécessaire d'une information préoccupante ou d'un signalement.

La CRIP mandate une équipe de **professionnels pluridisciplinaires** (AME, PMI, service social), afin d'évaluer la situation de l'enfant après (Samson et al. 2018) :

- Avoir confirmé la nature de l'information préoccupante et son degré d'urgence,
- Ainsi que la nécessité ou non de transmettre cette information préoccupante au parquet en tant que signalement, en vue d'une enquête pénale et/ou d'une mesure de protection immédiate de l'enfant ; notamment en cas de violences physiques ou sexuelles avérées de la part d'un des parents, ou à défaut de collaboration des parents ou de possibilité d'évaluation de la situation.

L'équipe pluridisciplinaire évalue la situation de l'enfant selon plusieurs critères : le contexte socio-économique de l'enfant, sa santé et son développement, le comportement des parents et leurs relations avec l'enfant. La finalité étant de déterminer les actions de prévention, de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier. Cela peut aller de l'aide éducative à domicile, à l'accueil provisoire de l'enfant au sein d'un établissement de l'Aide sociale à l'enfance. Ces mesures de protection administratives ne peuvent être mises en place qu'avec l'accord des parents.

#### 2.4.2 Le signalement

*« Le signalement peut être défini comme un acte professionnel écrit, présentant, après évaluation, la situation d'un enfant en danger qui nécessite une protection judiciaire »*  
(Samson et al. 2018)

En cas d'**urgence** ou de **danger** présentant une certaine **gravité** (mauvais traitements avérés, abus sexuels, négligence mettant l'enfant en danger immédiat...), le professionnel de santé doit aviser directement le **procureur de la République** en rédigeant un **signalement**. Il en adressera une copie à la CRIP (Ministère de la santé et des Solidarités 2007). Le signalement se fait par courrier ou par fax ou même par téléphone en cas d'urgence ou d'abus à caractère sexuel. Le président du conseil départemental peut également adresser un signalement au parquet du Tribunal de Grande Instance de son ressort et plus précisément au parquet des mineurs (Parmentier et al. 2016). La transmission d'un signalement peut entraîner le placement provisoire du mineur en cas d'urgence, son hospitalisation ainsi que la saisie du juge des enfants.

Qu'il s'agisse d'une information préoccupante destinée à la CRIP ou d'un signalement destiné au procureur de la République, la **rédaction du document** obéit à des règles précises. Le document transmis doit être descriptif, le plus objectif, neutre et précis possible afin d'éclairer la décision des professionnels de la CRIP et/ou le procureur. Le praticien devra préciser (Daligand et al. 2016) :

- Son identité et sa situation, la façon dont il a eu connaissance des faits et son lien avec la victime ;
- Date de rédaction du signalement et date et heure de l'examen de l'enfant ;
- L'état civil de l'enfant et de la famille, leur(s) adresse(s) ;
- Les éléments d'observation justifiant le courrier. Ils doivent être précis : date des événements, s'agit-il de faits répétitifs ou isolés ?
- Décrire les lésions ou les troubles du comportement constatés chez l'enfant. Tout ce qui n'est pas vérifiable par le praticien doit être écrit au conditionnel ou noté entre guillemets ;
- Les propos de l'enfant et de son entourage, mis entre guillemets, doivent être retranscrits avec la plus grande fidélité.

Les chirurgiens-dentistes se demandent fréquemment si les parents doivent être informés de leur volonté de transmettre une information préoccupante ou un signalement au sujet de l'enfant. Étant donné la relation de confiance qui s'est établie entre le chirurgien-dentiste et les parents, le praticien est dans une situation délicate. En Inde, Mathur préconise de ne pas avertir les parents ou les tuteurs de l'enfant quand un rapport est rempli. Les parents ne devraient pas être informés pour éviter un conflit qui pourrait mettre en danger le praticien, et l'enfant (Mathur et Chopra 2013). Cependant, les recommandations en France divergent.

Ainsi, selon l'article **L226-2-2** du Code de l'action sociale et des familles (2007b) les parents doivent être informés au préalable « selon des modalités adaptées sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant ». A moins qu'il n'existe un danger pour l'enfant d'avertir les parents de l'intention de faire des démarches, le chirurgien-dentiste est dans l'obligation de le faire.

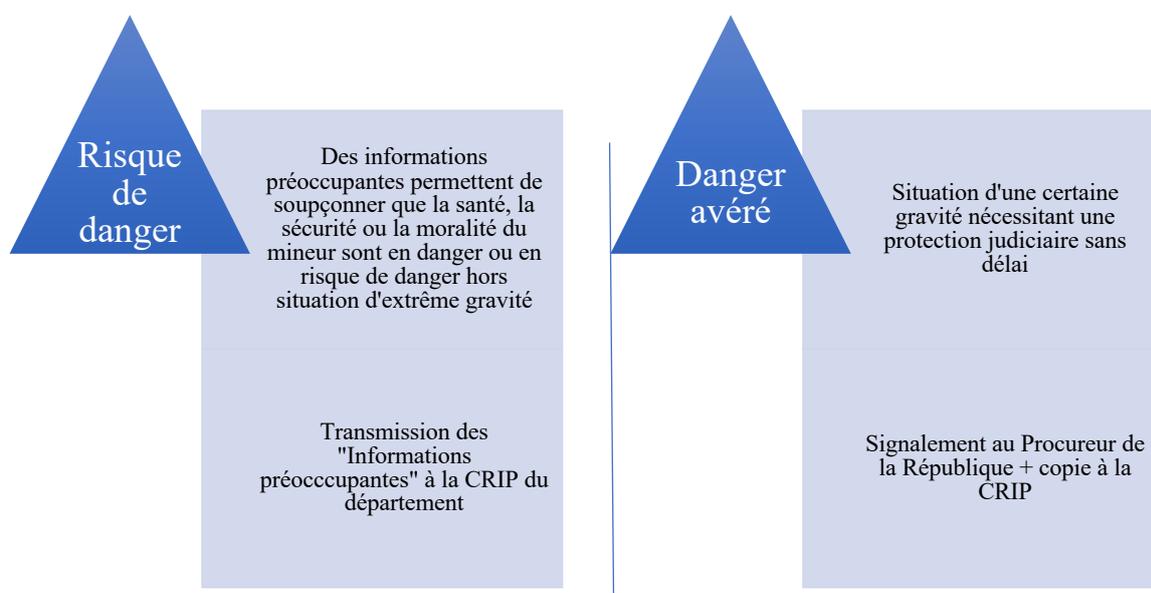
### 2.4.3 Conduite à tenir

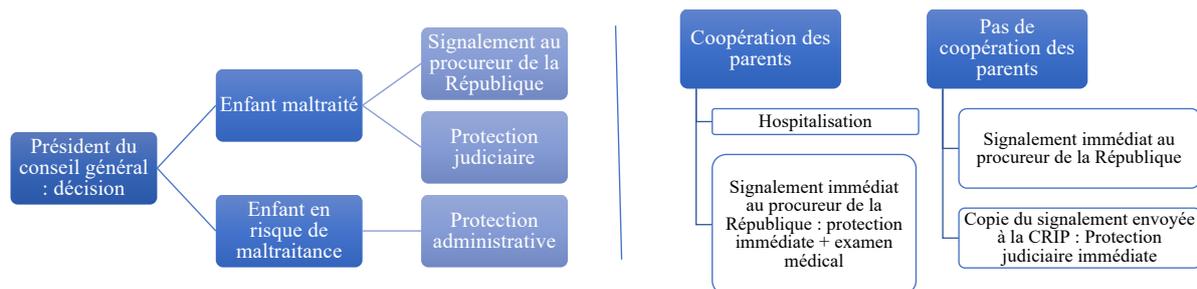
Avant même d'alerter les autorités compétentes, le praticien doit faire preuve d'empathie, de patience et d'écoute envers l'enfant suspecté maltraité et pratiquer les soins nécessaires sur le plan dentaire. Il ne doit **jamais porter de jugement de valeur**. Le chirurgien-dentiste doit pouvoir renseigner, orienter et transmettre les numéros de téléphone des services sociaux utiles, ainsi qu'informer les autorités d'une suspicion de maltraitance. Son rôle n'est pas de conseiller les victimes sur l'attitude à adopter, ni de confronter les parents ou responsables de l'enfant. Cela pourrait mettre en péril la vie de l'enfant dans certaines situations. Le praticien va faire face à plusieurs cas de figures :

- ✚ **En cas de suspicion de sévices** : le chirurgien-dentiste doit s'entourer **d'avis complémentaires** pour étayer ses arguments et engager à bon escient une procédure administrative ou judiciaire. Il devra contacter les personnes qui fréquentent régulièrement l'enfant, telles que les professeurs d'école, le médecin traitant, le pédiatre, afin qu'elles puissent le renseigner sur un changement récent du comportement de l'enfant : troubles du sommeil, troubles de l'appétit ... sans pour autant se détacher du secret professionnel
- ✚ **Lors de sévices avérés mais en dehors d'une situation d'extrême gravité** : le praticien soupçonne l'existence de violence ou de négligence sur l'enfant. Il doit adresser une **information préoccupante à la CRIP** ou téléphoner au **119** qui préviendront le Président du conseil départemental à son tour, tout en ayant informé les parents au préalable. Si les parents sont en désaccord avec le praticien, celui-ci devra directement faire appel au procureur de la République en effectuant un signalement.
- ✚ **Lors de sévices graves avérés et/ou de danger immédiat** : Le risque vital qu'encourt l'enfant nécessite une **prise en charge rapide** (violence physique confirmée, enfant au bord du suicide, négligence mettant en danger la vie de l'enfant).

Ainsi, lors d'un examen clinique mettant en évidence ce genre de sévices, le chirurgien-dentiste doit agir au plus vite, cela nécessitant la bonne coopération des parents :

- Si les parents coopèrent, le praticien doit protéger impérativement l'enfant en **l'hospitalisant d'urgence** afin que celui-ci puisse être examiné et mettre en place des traitements médicaux et/ou chirurgicaux appropriés. Il est nécessaire que le praticien qui demande l'hospitalisation ait la confirmation certaine que l'enfant a bien été hospitalisé, et en parallèle il doit téléphoner au pédiatre de garde pour l'avertir explicitement qu'une maltraitance est suspectée. L'hospitalisation de l'enfant permettra également au chirurgien-dentiste de se rapprocher d'une équipe médicale pluridisciplinaire et d'effectuer un signalement par la suite auprès du procureur de la République (Bui et al. 2011).
- Si les parents refusent de collaborer et en cas d'urgence vitale, le praticien n'aura pas d'autre choix que d'appeler le **SAMU** ou la police pour transférer rapidement l'enfant à l'hôpital et adresser un **signalement sans délai** au procureur de la République qui prendra les mesures nécessaires : ordonnance de placement provisoire (OPP) qui interdit aux parents de faire sortir le mineur de l'hôpital sans l'accord de la justice, et une poursuite de l'hospitalisation suite au signalement.





*Figure 15 : Conduite à tenir du chirurgien-dentiste face à un enfant maltraité*

Le chirurgien-dentiste devra prodiguer des **conseils d'hygiène bucco-dentaire** et alimentaires simples et adaptés à l'enfant en cas de négligences dentaires tels que :

- Une alimentation équilibrée, pas de grignotage entre les repas, proscription de toutes les boissons sucrées
- Éviter l'endormissement au biberon
- Instaurer un brossage au moins 2 fois par jour avec l'aide et sous la surveillance d'un des parents et sensibiliser les parents à la nécessité d'une visite de contrôle chaque année.

### **3 Analyse en droit comparé**

Les devoirs et obligations du chirurgien-dentiste face à un enfant maltraité varie entre la France et les États-Unis. L'analyse en droit comparé permet de ce fait de voir comment les autres états appréhendent la situation. Plusieurs raisons ont encouragé ma décision de comparer le système de droit français au droit américain en ce qui concerne les obligations du chirurgien-dentiste vis-à-vis de la maltraitance infantile :

- En 1989, l'Assemblée générale des Nations Unies adopte la Convention relative aux droits de l'enfant à **New York** ; Bien que l'ayant signé, les États-Unis ne l'ont pas ratifié ;
- Henry Kempe et Frédéric Silverman, les pionniers dans le diagnostic de la maltraitance infantile, ont vécu une grande partie de leur vie aux **États-Unis** ;
- Le pragmatisme de la culture anglo-saxonne a permis le déclenchement de **mouvements féministes** bien plus tôt qu'en France où règne une certaine culture du tabou (récemment le mouvement « Me too » contre les violences sexuelles a d'abord été lancé aux États-Unis avant la France).

Dans cette partie nous allons démontrer qu'il existe aux États-Unis une obligation pour le chirurgien-dentiste de signaler une quelconque suspicion de maltraitance. Tandis qu'en France, le chirurgien-dentiste n'a pas d'obligation mais plutôt une responsabilité en tant que professionnel de santé à alerter les autorités compétentes.

### **3.1 Cadre international : les droits de l'enfant**

L'enfant est un être humain à part entière avec des droits. Leur vulnérabilité au sein de la société en fait d'autant plus des êtres à protéger par des textes de loi et des droits spécifiques. Leurs droits font donc l'objet de traités internationaux.

De multiples traités internationaux assurant la protection des enfants ont vu le jour. Le plus important à ce jour reste la **Convention Internationale des Droits de l'Enfant**.

Le **20 novembre 1989**, le traité fondamental qu'est la CIDE est adopté à l'unanimité par **l'Assemblée générale des Nations Unies**. Sur les 197 états l'ayant signé, les États-Unis font partie des rares pays à ne pas l'avoir ratifié.

Cette convention est juridiquement contraignante pour les pays signataires. En effet, ceux-ci s'engagent à défendre et garantir les droits de tous les enfants (« toute personne âgée de moins de 18 ans »), et notamment à les protéger contre toute forme de violence, maltraitance et négligence (Organisation des Nations Unies (ONU) 1989):

- ❖ **L'article 19** protège l'enfant contre toute forme de violence et d'exploitation, venant de son entourage ou de toute personne qui tenterait de lui faire du mal.
- ❖ Les **articles 23 et 24** concernent le droit à la santé pour chaque enfant : Chaque enfant doit pouvoir être soigné s'il est malade, être suffisamment nourri, être protégé de la drogue et avoir des conditions de vie qui ne sont pas dangereuses pour sa santé.
- ❖ **L'article 28** ainsi que le préambule de la Convention insistent sur le droit à l'égalité et au respect des différences : tout enfant a les mêmes droits, quels que soient les différences de couleur de peau, de race, de religion, de langue ou de culture, qu'il soit handicapé ou bien portant, garçon ou fille.

### **3.2 Système de protection de l'enfance en France**

Il existe deux principaux organismes de protection de l'enfance en France, qui font partie du **groupement d'intérêt public d'enfance en danger (GIPED)**, décrits dans le tableau ci-dessous :

Organismes de protection de l'enfance en France	<b>SNATED (Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en danger)</b>	<b>ONPE (Observatoire National de la Protection de l'Enfance)</b>
	<p>Renommée par la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance, le SNATED a été créé en 1989.</p> <p>Son <b>Numéro d'urgence</b> est le <b>119</b>, accessible 24h/24 et 7j/7, gratuit depuis un téléphone fixe ou portable, invisible sur les relevés de facturation téléphonique.</p>	<p>Anciennement ONED (observatoire national de l'enfance en danger), crée par la loi n°2004-1 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance, et renommé en 2016</p>
Missions	<p><b>Accueil</b> des appels des enfants en danger ou en risque de l'être ou de toute personne confrontée à une telle situation</p> <p><b>Transmission</b> des informations préoccupantes aux CRIP des conseils départementaux où réside l'enfant</p>	<p><b>Améliorer les connaissances</b> sur la mise en danger et la protection des enfants (grâce au recensement)</p> <p><b>Analyser</b> les pratiques de prévention et d'intervention en protection de l'enfance</p> <p><b>Soutenir</b> les acteurs de la protection de l'enfance</p>

*Tableau 1 : Groupement d'intérêt public de l'enfant en danger en France*

La protection de l'enfance en France s'organise autour de 2 autorités : **administrative et judiciaire**. Chacune de ces institutions a une prise en charge particulière et des fonctionnements distincts.

### 3.2.1 Cadre législatif et évolution

La **loi du 5 mars 2007** réforme de manière notable l'organisation de la protection de l'enfance. Elle vise à redéfinir les rôles de chacun et confère au **Président du Conseil départemental** une place centrale en le chargeant de coordonner les démarches conduites par les différents services départementaux.

#### 3.2.1.1 Autorités administratives

La protection administrative de l'enfance en danger est confiée au **Président du conseil départemental** et s'agence autour de la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (créée par la loi du 5 mars 2007). Elle protège les **mineurs en risque de danger**, et est régie par le **Code de l'action sociale et des familles**.

La protection administrative ne pourra être mise en place qu'avec l'aval des parents. Cette cellule départementale joue un rôle d'intermédiaire entre :

- Les **services départementaux** : la Protection Maternelle et Infantile (PMI), l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et le service social départemental ;
- Les **autorités judiciaires** : le Procureur de la république, le juge des enfants ;
- Les **professionnels** à même d'être en contact avec des enfants en danger : travailleurs sociaux, professeurs, professionnels de santé, police, associations ...

La CRIP joue un rôle de conseil pour que le professionnel ne reste pas seul face à ses doutes. Elle tend à centraliser l'ensemble des informations préoccupantes visant des enfants en danger, le conseil départemental étant désigné comme chef de file de ce circuit. La décision administrative est rendue suite au rapport d'évaluation pluridisciplinaire de l'enfant en danger :

<b>Conclusion du rapport d'évaluation</b>	<b>Décision administrative</b>
<b>Absence de danger ou de risque de danger</b>	Classement sans suite de l'affaire
<b>Le milieu familial de l'enfant est fragile et entente entre les parents et l'ASE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Conservation de l'enfant dans son milieu familial mais nécessite une aide à domicile : aide financière, intervention d'un travailleur familial, action éducative à domicile,</li><li>- Placement de l'enfant en famille d'accueil ou en établissement</li></ul>
<b>Enfant en danger avéré ou aucune collaboration de la part des parents</b>	Transmission d'un signalement au procureur de la République

Tableau 2 : *Décision administrative rendue suite au rapport d'évaluation*

Un accusé de réception est envoyé aux professionnels à l'origine de l'information préoccupante, leur permettant d'être tenu informés des suites de l'affaire (Ministère de la santé et des Solidarités 2007).

### 3.2.1.2 *Autorités judiciaires*

Lorsque l'enfant se trouve dans une situation de **danger avéré, d'urgence immédiate** ou bien présente une **maltraitance grave** (violence psychologique avec un enfant au bord du suicide, violence sexuelle, négligence avec mise en danger de la vie de l'enfant), une **protection judiciaire immédiate** est alors nécessaire. Le **signalement direct** constitue dans ce cas la conduite judiciaire à adopter.

Dans l'urgence le signalement peut être fait par téléphone, par contre un document écrit, daté et signé devra être envoyé au **procureur de la République** (parquet des mineurs du Tribunal de Grande Instance dont dépend l'enfant) pour le confirmer ainsi qu'à la CRIP.

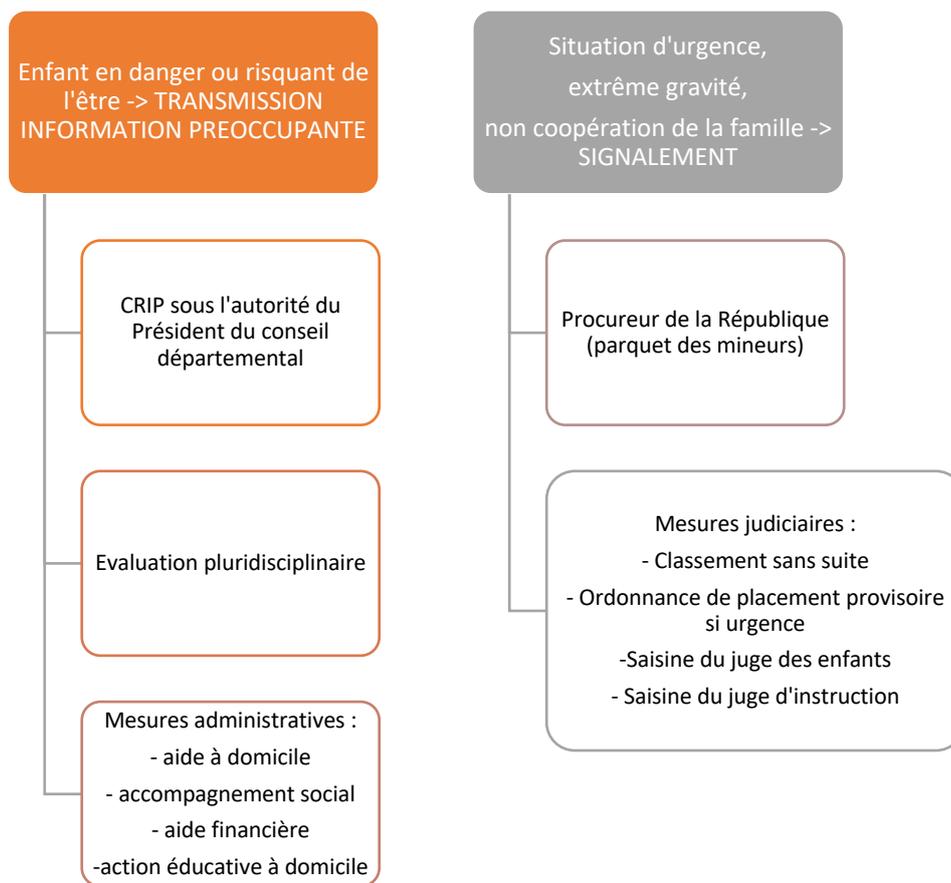
Le procureur peut être saisi par le président du conseil départemental dans les cas où (Rault 2013):

- Les mesures administratives mises en place s'avèrent insuffisantes ;
- La famille du mineur refuse l'aide administrative proposée ;
- Le mineur est présumé en danger mais il est impossible de l'évaluer.

Le procureur de la République peut ordonner des investigations supplémentaires, en confiant l'enquête à la police ou à la gendarmerie (Daligand et al. 2016). A l'issue de l'enquête, le procureur décide des **suites de l'affaire** :

- Classement sans suite ;
- Renvoi du cas au Président du conseil départemental si les éléments sont insuffisants après enquête ;
- Saisine du juge des enfants (dans les 8 jours au maximum) qui ordonne des mesures d'assistance éducative ;
- Saisine du juge d'instruction afin de juger les auteurs des violences (l'affaire pouvant être jugée par un tribunal correctionnel ou une cour d'assise) ;
- Ordonnance de placement provisoire du mineur dans les situations d'urgence.

Le juge des enfants peut être saisi par le procureur de la République, le mineur ou sa famille. Il peut se saisir d'office à titre exceptionnel. Dans tous les cas, il est tenu de convoquer les parents et le mineur avant toute décision sauf en cas d'urgence.



*Figure 16 : Le système de protection de l'enfance en France*

### 3.2.1.3 Loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant

Malgré les avancées considérables réalisées en matière de protection de l'enfance grâce à la loi du 5 mars 2007, il reste néanmoins de nombreux progrès à accomplir. La **loi n°2016-297** du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance tend à renforcer la précédente réforme dans 3 domaines (2016) :

- L'amélioration de la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance ;
- La sécurisation du parcours de l'enfant en protection de l'enfance ;
- L'adaptation du statut de l'enfant placé sur le long terme.

Cette nouvelle loi a pour ambition de préserver au maximum les intérêts de l'enfant, et de le placer au cœur des décisions qui le concernent, selon son degré de maturité. Elle prévoit :

- La désignation, dans chaque département, d'un **médecin référent** pour la protection de l'enfance : son rôle est de coordonner les actions des différents services départementaux et de la CRIP d'une part et des médecins libéraux et hospitaliers d'autre part ;

- L'évaluation des informations préoccupantes par une équipe pluridisciplinaire de professionnels identifiés et formés et étendue aux autres mineurs présents au domicile ;
- La proposition d'un accompagnement vers l'autonomie à certains jeunes devenus majeurs pour leur permettre de mieux préparer leur transition vers l'âge adulte ;
- La possibilité pour le président du conseil départemental de confier l'enfant à un tiers « dans le cadre d'un accueil durable et bénévole » ;
- La systématisation de la désignation par le juge des enfants d'un administrateur ad hoc chargé de représenter le mineur et de défendre ses intérêts dans la procédure judiciaire et d'assistance éducative, lorsqu'il existe une opposition d'intérêt entre l'enfant et ses représentants légaux ;
- La transmission « sans délai » d'une information préoccupante au parquet en tant que signalement en vue d'une mesure de protection immédiate de l'enfant ou d'une enquête pénale.

Depuis 2016, l'Ordre des chirurgiens-dentistes a mis en place **120 référents** « Violences faites à autrui » implantés dans chaque département. Ils ont été formés à la détection et à la prise en charge des femmes victimes de violence mais également au dépistage de toutes les formes de violences que peuvent subir les patients afin : d'informer, d'aider et de former les praticiens confrontés à des cas de violences détectés au cabinet dentaire et les orienter vers les bons interlocuteurs (Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) 2018). Depuis 2014, le chirurgien-dentiste parmi les autres professions de santé est **obligé de se former** sur le dépistage et la prise en charge des violences faites aux femmes et les violences intrafamiliales (loi n°2014-873 du 4 août 2014 – article 51). C'est à cet effet que le conseil national de l'Ordre met gratuitement à la disposition des chirurgiens-dentistes une formation sous forme de **e-learning** sur le site de l'Ordre : <http://formation.ordre-chirurgiens-dentistes.fr>.

### 3.2.2 Responsabilités du chirurgien-dentiste face aux situations de maltraitance

En tant que citoyen et professionnel de santé, la responsabilité du chirurgien-dentiste de signaler toute suspicion de maltraitance aux autorités compétentes est engagée à 2 niveaux : **légal et déontologique**. De plus le secret médical peut être levé dans certaines conditions qu'on étudiera par la suite.

### 3.2.2.1 Obligations légales et déontologiques du chirurgien-dentiste

Les clauses de la conduite à tenir du chirurgien-dentiste face aux situations de maltraitance sont englobées dans les différents codes.

- Le chirurgien-dentiste a une obligation déontologique de signaler toute suspicion de maltraitance infantile régie par le **Code de déontologie des chirurgiens-dentistes** et notamment par l'article **R4127-235** qui impose au praticien de protéger les mineurs : « Lorsqu'un chirurgien-dentiste discerne, dans le cadre de son exercice, qu'un mineur paraît être victime de sévices ou de privations, il doit, en faisant preuve de prudence et de circonspection, mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger et, le cas échéant, alerter les autorités compétentes s'il s'agit d'un mineur de quinze ans, conformément aux dispositions du code pénal relatives au secret professionnel. » . Par ailleurs, le chirurgien-dentiste a l'obligation d'établir des certificats médicaux.
- Le chirurgien-dentiste a également une obligation légale de signalement définie par le **Code pénal**. Celui-ci met en valeur le secret professionnel et ses possibilités de levée.

### 3.2.2.2 Le secret professionnel et ses limites

Le **secret professionnel** constitue l'interdiction de révéler les informations à caractère secret dont le professionnel a eu connaissance dans l'exercice de sa profession, mais également tout ce qu'il a « *vu, entendu ou compris* », sous peine de sanctions tel que décrit dans l'article R4127-206 du Code de déontologie dentaire (Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) 2009). Les chirurgiens-dentistes sont donc soumis au secret médical, sauf dérogations prévues par la loi. Ce même code étend le secret médical aux « personnes qui l'assistent dans son travail » dans l'article R4127-207 (Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) 2009).

L'article 226-13 du Code pénal prévoit que « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et 15 000 € d'amende » (2002).

Au cours des dernières décennies, la loi a élargi les cas de levée du secret professionnel. Ainsi, il existe des **dérogations** instituées par la loi qui autorisent une certaine révélation des faits couverts par le secret médical (Ordre national des chirurgiens dentistes (ONCD) 2019).

La levée du secret professionnel s'applique notamment dans le cadre de constatations de sévices à un mineur comme évoqué précédemment dans l'article R4127-235 du Code de déontologie dentaire. Par ailleurs, l'article 226-14 du Code Pénal précise le cadre dans lequel la loi impose et autorise la **révélation du secret** par le professionnel de santé (2015a). Ainsi, le secret n'est pas applicable :

- « **A celui qui informe les autorités** judiciaires, médicales ou administratives de **privations ou de sévices**, y compris lorsqu'il s'agit **d'atteintes ou mutilations sexuelles**, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un **mineur de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger** en raison de son âge ou de son état physique ou psychique.
- Au **médecin ou à tout autre professionnel de santé** qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être {...} les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, psychiques ou sexuelles de toutes natures ont été commises. **Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger** en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire. »

De plus cet article stipule que : « le **signalement** aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article **ne peut engager** la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi. » Cette disposition est rendue possible depuis l'entrée en vigueur de la loi du 5 novembre 2015 n° 2015-1402 visant à clarifier la procédure de signalement de situation de maltraitance des mineurs par les professionnels de santé (2015b). Cette loi vise à **protéger les professionnels de santé** de toute poursuite civile ou pénale pour violation du secret professionnel. Cela signifie que tout chirurgien-dentiste ayant transmis des informations préoccupantes ou un signalement aux autorités compétentes ne peut faire l'objet de sanctions disciplinaires, civiles ou pénales s'il s'avère que cette information est non fondée et qu'il est prouvé qu'il a agi de bonne foi. Cela devrait pouvoir lever les réticences ou les doutes des chirurgiens-dentistes à signaler.

Deux autres articles du code pénal mettent en valeur le délit que constitue la non-dénonciation de violences à des mineurs (Décis et al. 2014):

- L'article 434-3 sanctionne la non-dénonciation de sévices à mineurs de moins de 15 ans ou à des personnes vulnérables. Cela est puni par 3 ans d'emprisonnement et 45 000€ d'amende ;
- L'article 434-1 punit « quiconque, ayant eu connaissance d'un crime dont il est possible de prévenir ou de limiter les effets ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, n'en a pas informé les autorités judiciaires ou administratives. »

Ces articles ne s'appliquent pas aux professionnels de santé soumises au secret médical, ainsi les chirurgiens-dentistes n'encourent pas de poursuites pénales en cas de non-dénonciation.

La priorité est de **porter assistance** à toute personne en danger. En cas d'extrême urgence, le professionnel a une obligation d'agir en hospitalisant l'enfant et en s'assurant de son hospitalisation. En conséquence, l'article 223-6 du code pénal sanctionne la **non-assistance à personne en danger**. : « Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne, s'abstient volontairement de le faire est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75.000 € d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours » (2018).

Cette règle ne souffre **d'aucune exception**. Tout citoyen a l'obligation de porter aide et assistance aux personnes en danger ou en péril. Le chirurgien-dentiste, comme tout citoyen, pourrait donc être poursuivi pour non-assistance à personne en danger s'il s'abstient de mettre fin à l'infraction ou d'en empêcher son renouvellement en signalant les faits aux autorités compétentes (Samson et al. 2018).

### 3.2.2.3 Échanger entre professionnels

Dans le cadre de la protection de l'enfance, le **partage d'informations à caractère secret** est autorisé entre les professionnels de santé, depuis la loi du 5 mars 2007, sous certaines conditions (Décis et al. 2014). Ces conditions sont énoncées dans l'article L. **226-2-2** du CASF (2007b):

- Le partage se fait exclusivement entre des personnes apportant leur aide à la même mission de protection de l'enfance (service de l'aide sociale à l'enfance, de la PMI, service hospitalier, association qualifiée...).
- Il doit avoir pour objectif d'évaluer une situation individuelle, déterminer et mettre en œuvre des actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier ;
- Les informations sont strictement limitées à celles nécessaires à l'évaluation qui permettra de mettre en œuvre la protection de l'enfant ;
- Les représentants légaux ainsi que l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité doivent être informés de la volonté du professionnel de partager l'information, sauf si cela est contraire à l'intérêt de l'enfant.

Le but de ce partage d'informations est de permettre une évaluation pluridisciplinaire de la situation de l'enfant afin de mettre en œuvre des actions pour l'aider. Il ne s'agit pas de mener une enquête mais de s'entourer d'avis de professionnels en contact avec l'enfant (confrères, pédiatres, médecins traitants...). Le partage d'information à caractère secret est une possibilité, pas une obligation. Si l'une des conditions fait défaut, la personne pourra être poursuivie pour violation du secret professionnel (Décis et al. 2014).

### **3.3 Législation en vigueur aux États-Unis**

Les États-Unis d'Amérique est l'un des rares pays à ne pas avoir ratifié la Convention Internationale des droits de l'enfant. Les raisons sont multiples, complexes et présentent à la fois un aspect juridique et politique. Notamment ils estiment avoir un système juridique complet au niveau de la protection des droits de l'homme et l'enfant. Une autre raison mise en cause est que les États-Unis peuvent emprisonner des mineurs à perpétuité ce qui est contraire à l'article 37 de la Convention. En 2019, ce texte n'est toujours pas à l'ordre du Sénat.

Dans les 50 États américains, les chirurgiens-dentistes sont tenus de signaler les cas présumés de maltraitance et de négligence envers les enfants (Kellogg 2010).

#### **3.3.1 Child Abuse Prevention and Treatment Act (CAPTA)**

La loi fédérale historique relative à la prévention et au traitement de la maltraitance à l'égard des enfants est la « **Child Abuse Prevention and Treatment Act** » (CAPTA), promulguée à l'origine en 1974 (loi publique 93-247). Elle a été modifiée à de nombreuses reprises.

Elle impose à chaque état de se doter d'une législation visant à protéger les enfants de violence et de négligence. Elle a également permis la création du Centre national de la maltraitance et de la négligence des enfants (« National Center for Child abuse and Neglect »).

Cette loi accorde des **aides financières** aux États américains pour réaliser des enquêtes, prévenir la maltraitance infantile, ainsi que des subventions à des organismes publics et des organisations à but non lucratifs pour mettre en place des programmes liés à la défense des enfants. Chaque État recevant des fonds accordés par la CAPTA s'engage à adopter des lois en matière de **signalement obligatoire** pour divers professionnels qui ont des contacts fréquents avec des enfants (Child welfare 2019).

Au niveau fédéral, la CAPTA a créé une définition minimale pour la maltraitance et la négligence mais elle laisse le droit aux États de développer leurs propres définitions. Elle définit la maltraitance et la négligence infantile comme suit : « Tout acte récent ou tentative d'acte de la part d'un parent ou du tuteur qui entraîne la mort, des blessures physiques ou émotionnelles graves, des abus sexuels ou une exploitation. Ou tout acte ou tentative d'acte qui implique un risque éminent de préjudices graves » (Somani et al. 2011).

### 3.3.2 Conduite des chirurgiens-dentistes américains vis-à-vis de la maltraitance

Les 50 États américains ont des lois et des politiques qui définissent les procédures à suivre pour détecter et signaler des cas présumés de maltraitance ou de négligence. Ces lois exigent que certains professionnels connus sous le nom de « **mandated reporters** », qu'on traduira sous le terme de « déclarants mandatés », établissent un rapport immédiat lorsqu'ils soupçonnent ou font face à des situations d'abus ou de négligence. Aux États-Unis, il existe donc une **obligation explicite de signaler tout soupçon**. Cette déclaration est obligatoire pour 3 raisons (Katner et Brown 2012) :

- En vertu des lois nationales, les professionnels de la santé, dont les chirurgiens-dentistes, sont considérés comme des « mandated reporters ». Certains États étendent l'obligation de rapporter aux hygiénistes, alors que d'autres ne l'appliquent qu'aux dentistes.
- Les chirurgiens-dentistes ont un **devoir déontologique** professionnel de signaler de tels cas ;

- Ils peuvent être soumis à des **poursuites civiles** pour **faute professionnelle** s'ils négligent d'aviser les autorités compétentes lorsque cela est approprié. Au moins 7 états (Arkansas, Colorado, Iowa, Michigan, Montana, New York et Rhode Island) ont inclus dans leurs lois de déclaration obligatoire des dispositions relatives à la responsabilité civile en plus des sanctions pénales applicables aux rapporteurs désignés qui omettent de signaler des cas présumés de maltraitance et de négligence infantile.

Bien que la plupart des états autorisent les rapports à être anonymes, 18 états exigent des déclarants qu'ils fournissent leurs noms et leurs coordonnées (Bhole 2013).

Une fois le signalement réalisé, c'est aux services sociaux communément appelés « **Child Protective Services (CPS)** » de déterminer : les besoins de l'enfant et de sa famille, si des violences ou négligence ont été infligées et quelles assistances mettre en œuvre pour aider l'enfant (Hibbard et Sanders 2011). Selon la loi, le chirurgien-dentiste doit signaler, par téléphone, les observations suspectes de maltraitance à enfant aux **autorités compétentes** telles que (Somani et al. 2011) :

- Les services de protection de l'enfance : Child protective services ;
- Les organismes locaux chargés de l'application de la loi (agents de la force publique, forces de l'ordre) ;
- Une ligne nationale d'assistance téléphonique pour enfants maltraités (tels que le 119 en France) : « Childhelp National Child Abuse Hotline » : 1-800-4-A-CHILD (1-800-422-4453) : disponible 24h/24 et 7j/7.

### *3.3.2.1 Obligation éthique des chirurgiens-dentistes*

La section 3.E du code d'éthique et de déontologie de l'American Dental Association (ADA) stipule que : « les dentistes doivent **obligatoirement** se familiariser avec les signes d'abus et de négligence et **signaler** les cas suspects aux autorités compétentes, conformément aux lois en vigueur dans l'État » (American Dental Association (ADA) 2012).

Ainsi, il existe une **obligation éthique** pour les chirurgiens-dentistes d'identifier et de signaler les cas présumés de maltraitance et de négligence, qui peut varier selon la juridiction où ils exercent.

Par exemple, les chirurgiens-dentistes sont obligés de signaler les cas présumés de maltraitance dans pratiquement toutes les juridictions, mais ils ne sont pas nécessairement obligés de signaler les cas présumés de négligence infantile. Ils sont également tenus sur le plan éthique de se tenir au courant des acquis en matière de dépistage des violences et négligences.

Certains États ont promulgué des lois permettant la **révocation du permis d'exercer** ou l'imposition d'autres sanctions aux dentistes qui ne respectent pas les directives en vigueur de l'ADA ou qui violent sciemment ou délibérément le Code de l'ADA (Katner et Brown 2012).

### 3.3.2.2 Législation concernant les « déclarants mandatés »

Dans toutes les juridictions des États-Unis, la loi oblige les chirurgiens-dentistes à signaler les cas présumés de maltraitance d'enfants, et une pénalité est prévue en cas de non-dénonciation. Les lois sur les « déclarants mandatés » indiquent (Katner et Brown 2012):

- ✚ Le chirurgien-dentiste a le droit à une **immunité de toute responsabilité civile ou pénale** : après avoir examiné les lois dans les 50 États américains, Christophe Katner a constaté que la plupart des États accordent une immunité contre les poursuites judiciaires intentées par les parents ou les responsables de l'enfant en cas de signalement de mauvais traitements. Cela s'applique dans la mesure où le signalement d'abus et/ou de négligence est fait de **bonne foi**, conformément à la loi en vigueur dans la juridiction. En outre, certains États protègent l'identité du déclarant, en interdisant la divulgation de l'identité des sources déclarantes.
- ✚ La **responsabilité civile** du chirurgien-dentiste peut être engagée en cas de défaut de signalement : la plupart des États prévoient des **sanctions civiles** à l'encontre du chirurgien-dentiste n'ayant pas signalé des cas suspects de violences. Ces sanctions pourraient ne pas être couvertes par une assurance contre la faute professionnelle. Certains états, comme le New Hampshire et la Virginie autorisent même les conseils de dentisterie à **révoquer le permis d'exercer**. D'après la loi américaine, l'enfant peut faire valoir des demandes de droit civil contre le médecin ou le dentiste qui aurait constaté un mauvais traitement et ne l'aurait pas signalé (**Affaire Landeros vs Flood en 1976** : une mineure a engagé une action civile contre le médecin qui l'avait examiné et n'a pas diagnostiqué le syndrome de l'enfant battu et n'a pas non plus alerté les autorités civiles compétentes).

- ✚ Le chirurgien-dentiste peut également faire face à des **sanctions pénales** en cas d'absence de dénonciation. En Californie, le fait de ne pas signaler un cas suspect peut entraîner une accusation de délit avec une **peine d'emprisonnement** maximale d'un an et une amende pouvant aller jusqu'à 1000 \$ (Vijayan et al. 2014).
- ✚ Les lois sur la dénonciation des abus envers les enfants suppriment systématiquement la **confidentialité** établie entre le médecin et son patient dans les cas suspectés de mauvais traitements et de négligence. Ainsi le chirurgien-dentiste peut procéder à la prise de photographies, de radiographies et à l'examen physique de l'enfant sans consentement parental.

Compte tenu de l'obligation légale de signaler et de la protection légale conférée au déclarant, il semblerait que le risque de non-déclaration soit plus grand que celui de déclaration.

### 3.3.3 Le programme PANDA



*Figure 17 : Illustration du programme PANDA*

Le programme **PANDA** a été développé en **1992** par le Dr Lynn Mouden dans le Missouri en collaboration avec le Delta Dental Plan of Missouri et le Missouri state dental association. C'est l'acronyme pour : « **Prevent Abuse and Neglect through Dental Awareness** » qu'on peut traduire par « Prévenir les abus et la négligence par la sensibilisation aux soins dentaires ».

Il a été mis en place pour **responsabiliser** les chirurgiens-dentistes face à la maltraitance et la négligence infantile. Il a pour but d'aider les dentistes et les membres du personnel dentaire à reconnaître certains des signes et symptômes de la maltraitance et de la négligence à l'égard des enfants. Il a également permis de **renforcer** le rôle des chirurgiens-dentistes en tant que « mandated reporter ». De nos jours, on estime que les dentistes formés au programme PANDA signalent 60% de plus de cas de maltraitance infantile qu'avant la formation (Rodrigues et al. 2016).

C'est un **programme éducatif** soutenu par une coalition d'organisations privées et publiques et qui a pour but d'aider le personnel dentaire à identifier et signaler des cas suspects de maltraitance et négligence. Il fournit du **matériel pédagogique** et des programmes de formation aux sociétés dentaires des États participants. Actuellement, il dessert 45 États, le commando dentaire de l'armée américaine et 10 pays étrangers, offrant une formation complète aux chirurgiens-dentistes (Vijayan et al. 2014).

Pour conclure, que ce soit en France ou aux États-Unis, en signalant les cas présumés de maltraitance et de négligence envers un enfant, les chirurgiens-dentistes remplissent leur rôle pour prévenir de nouvelles blessures chez leurs patients. L'essentiel n'est pas de prouver avec certitude qu'un enfant a été maltraité mais plutôt de signaler toute suspicion, pour éviter qu'il ne soit trop tard.

## 4 Revue de littérature

Étant donné la fréquence importante des lésions oro-faciales en cas de maltraitance et de négligence infantile, nous nous interrogeons sur le **rôle primordial** du chirurgien-dentiste dans la détection et la prise en charge de ces violences au cabinet dentaire.

### 4.1 Objectif :

Cette revue a pour objectif d'identifier les études pertinentes mettant en valeur les **connaissances** des chirurgiens-dentistes sur la maltraitance infantile, la **fréquence** à laquelle ils soupçonnent et **signalent des abus** et enfin les **obstacles** qui les empêchent de signaler des cas présumés de maltraitance.

### 4.2 Méthodologie de la recherche :

#### 4.2.1 Stratégie de recherche

Une recherche électronique a été réalisée sur Pubmed en mai 2019 en utilisant les mots clefs MeSH suivant : *child abuse ; dentistry ; knowledge ; attitude* ainsi que leurs synonymes tels que : *maltreatment ; children* afin d'identifier les études faisant état des connaissances et des devoirs du chirurgien-dentiste vis-à-vis de la maltraitance infantile.

Les termes ont été utilisés séparément et de manière croisée afin d'identifier les articles à analyser après inclusion (Tableau 1).

Recherche	Combinaison utilisée	Nombre d'articles trouvés
1	« Child abuse » and « Dentist » and « knowledge »	71
2	« Maltreatment » and « dentist » and « knowledge »	22
3	“Attitude” and “child abuse” and “dentistry”	88

*Tableau 1 : Recherche électronique sur Pubmed des publications sur la thématique du rôle du chirurgien-dentiste dans la maltraitance infantile*

#### 4.2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'exclusion	Critères d'inclusion
<ul style="list-style-type: none"><li>• Articles dont les études se concentrent uniquement sur des étudiants en chirurgie-dentaire</li><li>• Articles dont les études mettent en jeu des professions de santé autre que chirurgien-dentiste</li><li>• Les rapports de cas</li><li>• Livres et des chapitres de livres.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Études transversales évaluant la perception, les connaissances et l'attitude des dentistes confrontés à de la maltraitance</li><li>• Études qualitatives</li><li>• Revues de la littérature</li><li>• Articles en anglais uniquement</li><li>• Études disponibles en intégralité en ligne</li><li>• Études internationales</li><li>• Limite dans le temps : article récent moins de 5 ans</li><li>• Article centré sur des enfants (défini comme toute personne âgée de 18 ans ou moins)</li></ul>

*Tableau 2 : critères d'inclusion et d'exclusion de la recherche électronique*

#### 4.2.3 Résultats

Les recherches effectuées à partir des mots clés cités plus haut, et des critères d'inclusion et d'exclusion définis précédemment, ont permis la sélection de 16 études. Les articles proviennent d'études réalisées dans de nombreux pays : Inde, Croatie, Arabie Saoudite, Danemark, Pays-Bas. Parmi tous ces articles, nous en avons retenu 8 qui présentaient un réel intérêt.

En termes de méthodologie, la plupart des articles portent sur des études transversales et observationnelles, bien que 2 revues de littérature aient été incluses dans notre étude (Rodrigues et al. 2016; Bradbury-Jones et al. 2019). Parmi les études incluses dans l'analyse qualitative, un article concerne le développement d'un programme de formation destiné aux chirurgiens-dentistes (Al-Dabaan et al. 2016), et 5 études se penchent sur les acquis et la conduite des chirurgiens-dentistes à adopter face à des cas présumés de maltraitance (Tilwawala et al. 2014, 2014 ; Cukovic-Bagic et al. 2015 ; van Dam et al. 2015 ; Malpani et al. 2017 ; Uldum et al. 2017)

Les résultats sont consignés dans les tableaux de données ci-dessous.

Auteurs, Titre, Date de publication	Pays	Objectif de l'étude	Taille de l'échantillon	Matériel et méthode	Résultats concernant la perception, les connaissances et l'attitude des chirurgiens-dentistes	Conclusion
<p>Tilvawala et al New Zealand dental therapists' beliefs regarding child maltreatment 2014</p>	<p>Nouvelle-Zélande</p>	<p>Étudier les perceptions des thérapeutes dentaires sur la problématique de la maltraitance infantile, leurs souvenirs d'une formation antérieure, la fréquence à laquelle ils soupçonnent et signalent des abus ou de la négligence et les obstacles qui empêchent le signalement de cas présumés.</p> <p>Le thérapeute dentaire traite les pathologies dentaires chez l'enfant et l'adolescent</p>	<p>Taux de participation : 49,8% (320 participants sur 643)</p> <p>- <b>Population étudiée</b> : les thérapeutes dentaires possédant un certificat d'exercice et des adresses valides en Nouvelle-Zélande (n=643)</p>	<p>Questionnaire postal envoyé aux participants</p> <p>- <b>Type d'étude</b> : étude transversale</p> <p>- <b>Méthode statistique</b> : le test du chi carré a été utilisé pour tester la signification des associations observées et le niveau de signification statistique a été fixé à <math>p &lt; 0,05</math>.</p>	<p>- La majorité des participants (76,1 %) pense qu'il devrait être obligatoire de signaler les cas suspects.</p> <p>- Au cours de la dernière année : 18,1% avaient soupçonné des abus physiques, 30,9% des présomptions de négligence et 52,7% avaient soupçonné de la négligence dentaire chez leur patient. 50 % des cas suspects de l'année passée n'ont jamais été signalés ;</p> <p>- L'action la plus courante était de discuter du cas avec un collègue (78,1%). Seuls 37,6% des répondants envisagent de signaler les cas suspects aux services de protection de l'enfance. Le principal obstacle étant la peur de signaler à tort un cas de non-abus ;</p> <p>- Seuls 3,1 % des répondants ont déclaré que la protection de l'enfance était bien couverte dans leur programme de 1<sup>er</sup> cycle.</p>	<p>La plupart des thérapeutes dentaires néo-zélandais estiment qu'ils jouent un rôle important dans la protection de l'enfance, mais leurs soupçons ne sont souvent pas signalés.</p> <p>Cela prouve la nécessité de mettre en place de meilleures directives nationales et un protocole de signalement clair et précis pour les thérapeutes dentaires basés en Nouvelle-Zélande.</p>

<p>Cukovic-Bagic et al</p> <p>Croatian dentists' knowledge, experience, and attitudes in regard to child abuse and neglect</p> <p>2015</p>	<p>Croatie</p>	<p>Évaluer les connaissances, l'expérience et l'attitude des chirurgiens- dentistes croates vis-à-vis de la maltraitance et de la négligence infantile</p>	<p>510 dentistes (93,75 %) ont renvoyé un questionnaire avec des données valides sur 544 participants.</p> <p>- <b>Population étudiée :</b> chirurgiens-dentistes enregistrés auprès de l'ordre croate des dentistes</p>	<p>Un questionnaire écossais a été traduit et adapté à la terminologie croate.</p> <p>- <b>Type d'étude :</b> étude transversale</p> <p>- <b>Méthode statistique :</b> test du Chi 2 - Niveau de signification fixé à 5 %.</p>	<p>- 26,3 % ont déclaré avoir eu des soupçons de maltraitance ou de négligence infantile au cours de leur carrière professionnelle et 5,1 % ont signalé leurs soupçons au cours des 6 derniers mois, principalement aux services sociaux et à la police ;</p> <p>- La peur de la violence envers l'enfant et l'incertitude quant aux lésions observées étaient les obstacles les plus fréquemment signalés ;</p> <p>- En cas de soupçon 86,3 % des répondants préféraient en discuter avec leurs collègues dentistes ;</p> <p>- Seulement 11,4 % connaissaient la procédure de renvoi en cas de doute.</p>	<p>- Connaissances limitées et fort taux d'incertitude des dentistes croates sur le diagnostic et le signalement des cas de maltraitance infantile.</p> <p>- 80 % des participants ont exprimé le besoin d'une formation continue de premier cycle et de troisième cycle sur cette problématique.</p> <p>- Mettre en place une collaboration entre les différentes institutions au niveau national et harmonisé au niveau européen.</p>
<p>Van Dam et al.</p> <p>Recognizing and reporting domestic violence: attitudes, experiences and behavior of Dutch dentists</p> <p>2015</p>	<p>Pays-Bas</p>	<p>Déterminer dans quelle mesure les chirurgiens-dentistes néerlandais connaissent le code de signalement obligatoire (RCD : reporting code dental, mis en place en 2013), s'ils l'ont mis en œuvre et dans quelles mesures.</p>	<p>264 participants-&gt; taux de réponse : 25 %</p> <p>- <b>Population étudiée :</b> échantillon représentatif de 1038 chirurgiens-dentistes omnipraticiens néerlandais</p>	<p>Questionnaire électronique</p> <p>- <b>Type d'étude :</b> Étude transversale</p> <p>- <b>Méthode statistique :</b> le test Chi 2 a été utilisé pour tester les associations, p&lt; 0,05.</p>	<p>- 82 % des répondants sont conscients de leur obligation de respecter le RCD ;</p> <p>- 76 % d'entre eux en ont pris connaissance et 51% ont mis en œuvre le code de signalement dans leur pratique</p> <p>-24 % ont déclaré avoir suspecté une violence domestique au cours de l'année. 71 % d'entre eux ont mis en œuvre le RCD.</p>	<p>- 50 % des chirurgiens-dentistes n'ont pas encore appliqué le code dans leur pratique.</p> <p>- Cela s'explique par le fait que les informations contenues dans le RCD ne sont apparemment pas en mesure de clarifier les procédures de signalement et la conduite à adopter.</p>

<p>Rodrigues et al</p> <p>Domestic violence against children detected and managed in the routine of dentistry - A systematic review</p> <p>2016</p>	<p>Brésil</p>	<p>Examiner dans la littérature scientifique la perception, les connaissances et l'attitude des chirurgiens-dentistes vis-à-vis de la détection et de la prise en charge des cas de violence domestique envers les enfants (DVAC : domestic violence against children)</p>	<p>La recherche a abouti à 1024 articles dont 18 répondent aux critères d'éligibilité.</p> <p>- <b>Critères d'exclusion</b> : rapport de cas, ne répondait pas à l'objectif de la recherche, livre</p>	<p><b>Type d'étude</b> : Revue systématique de littérature : recherche effectuée dans 6 bases de données électroniques.</p>	<p>- Écart entre le nombre de professionnels qui remarquent des signes de DVAC et ceux qui signalent leurs suspicions aux autorités compétentes</p> <p>- Connaissance des dentistes en matière de détection des cas de DVAC : insuffisantes dans 39 % des articles.</p> <p>- Attitudes les plus répandues : signaler les cas suspects aux autorités compétentes, aux services de protection de l'enfance ou à la police.</p>	<p>- Une formation adéquate est nécessaire pour aider les praticiens à détecter et à gérer les patients victimes de violence domestique.</p> <p>- Un enseignement pluridisciplinaire en droit et en santé publique devrait être dispensé pendant les cours de premier cycle</p>
<p>Al-Dabaan et al.</p> <p>Effectiveness of a web-based child protection training programme designed for dental practitioners in Saudi Arabia: a pre- and post-test study</p> <p>2016</p>	<p>Arabie Saoudite</p>	<p>Évaluer l'efficacité pédagogique d'un programme de formation en ligne sur la protection de l'enfance, destiné aux chirurgiens-dentistes habitant en Arabie Saoudite</p>	<p><u>82 participants</u> ont suivi l'ensemble de la formation en ligne sur 203 inscrits (40 %)</p> <p><u>62 participants</u> ont répondu à l'enquête un mois après la formation sur les 82 (76 %)</p> <p>- <b>Population étudiée</b> : chirurgiens-dentistes inscrits auprès de la Saudi Dental Society.</p>	<p>Les connaissances acquises avant et immédiatement après la formation, ainsi qu'un mois plus tard ont été évaluées à l'aide d'un questionnaire envoyé par mail.</p> <p>- <b>Type d'étude</b> : étude transversale longitudinale</p> <p>- <b>Méthode stat</b> : test du Chi 2 avec <math>p &lt; 0,05</math></p>	<p>- Augmentation significative des connaissances immédiatement après la participation au programme de formation par rapport aux connaissances de base (<math>p &lt; 0,001</math>).</p> <p>- <u>Après un mois post-formation</u>, 93,5 % des participants ont sensibilisé leur équipe, 58% ont soupçonné des abus ou de la négligence dans le mois qui a suivi et parmi eux 27% ont signalé un cas suspect de maltraitance ou de négligence infantile.</p>	<p>Ce programme a été perçu de manière positive par les dentistes qui l'ont suivi et s'est avéré efficace. Il a permis de faire évoluer les mentalités à l'égard de la protection de l'enfance qui s'est illustré par un changement d'attitude des chirurgiens-dentistes saoudiens.</p>

<p>Malpani et al.</p> <p>Child Abuse and Neglect: Do we know enough? A cross-sectional study of knowledge, attitude, and behavior of dentists regarding child abuse and neglect in Pune, India</p> <p>2017</p>	<p>Inde</p>	<p>Tester les connaissances et le comportement des chirurgiens-dentistes de Pune en Inde à l'égard de la maltraitance et de la négligence infantile et identifier les obstacles empêchant le signalement de cas suspects.</p>	<p>762 réponses complètes soit un taux de participation de 68,9%</p> <p>- <b>Population étudiée :</b> professeurs, étudiants de troisième cycle et stagiaires dans 3 facultés d'odontologie de Pune : 1106 personnes approchées</p>	<p>Les données ont été récoltées sous formes d'enquêtes papiers complétées par les participants.</p> <p>- <b>Type d'étude :</b> étude descriptive transversale</p> <p>- <b>Méthode statistique :</b> SPSS logiciel statistique</p>	<p>- 0,7 % des personnes interrogés ont correctement identifié tous les signes de maltraitance.</p> <p>- Environ 90 % estimaient qu'il était de leur devoir éthique de signaler les cas de maltraitance à enfant. Mais seulement 7,2 % ont suspecté un cas d'abus physique dans le passé.</p> <p>- 47,5 % affirment qu'ils signaleraient un cas de maltraitance à la police suivi de la Childline et des services sociaux.</p>	<p>- L'enquête montre qu'une grande proportion des cas de maltraitance infantile ne sont ni documentés ni signalés.</p> <p>- Les personnes interrogées ne semblent pas prêtes à assumer leurs responsabilités légales et professionnelles dans ces situations.</p> <p>Les dentistes manquent d'information quant à l'autorité à contacter en cas de suspicion de maltraitance ou de négligence.</p>
<p>Uldum et al.</p> <p>How Danish dentists and dental hygienists handle their role in child abuse and neglect matters</p> <p>2017</p>	<p>Dannemark</p>	<p>Comparer les données avec celles précédemment rapportées du Danemark afin d'évaluer si l'attention accrue accordée aux questions de protection de l'enfance sur une période de 5 ans a eu une répercussion sur la façon dont l'équipe dentaire s'acquitte de sa responsabilité de se référer aux services sociaux</p>	<p>964 questionnaires retournés avec des données valides (67 %) sur 1438 questionnaires envoyés</p> <p><b>Population étudiée :</b> échantillon aléatoire de 25 % de tous les chirurgiens-dentistes et hygiénistes danois</p>	<p>L'étude est basée sur une version danoise d'un questionnaire utilisé en Écosse et au Danemark. Le questionnaire a été envoyé par courrier.</p> <p>- <b>Type d'étude :</b> étude transversale</p> <p>- <b>Méthode stat. :</b> Le test de chi 2 a été utilisé pour tester les associations p &lt; 0,05</p>	<p>- Sur les 40,8 % de répondants qui ont soupçonné de la maltraitance ou de la négligence infantile, 50 % avaient signalé leurs préoccupations aux services sociaux (alors que dans l'ancienne étude : 33,9 %)</p> <p>- Les obstacles au signalement fréquemment rapportés : l'incertitude concernant les signes et symptômes de maltraitance et de négligence, ainsi que la crainte de violences supplémentaires envers l'enfant + doutes sur les procédures de renvoi.</p>	<p>- Au cours des 5 dernières années, plus de professionnels dentaires ont eu des soupçons de maltraitance ou de négligence infantile et ont signalé leurs soupçons aux autorités compétentes.</p> <p>Cela reflète que les professionnels dentaires danois semblent avoir pris conscience de l'importance de leur rôle à jouer dans la protection de l'enfance.</p>

					80% des répondants préfèrent discuter ou transmettre leurs soupçons aux services sociaux et/ou à leurs collègues.  Au total, 84 (8,9 %) des répondants avaient reçu une formation de premier et de troisième cycle sur le sujet.	- Nécessité de poursuivre la formation
Bradbury-Jones et al  The “neglected” relationship between child maltreatment and oral health? An international scoping review of research  2019	Angleterre	Explorer dans la littérature internationale la relation entre la maltraitance infantile et la santé bucco-dentaire et la façon dont ce problème de société est traité dans la pratique actuelle du chirurgien- dentiste, de la santé et de la protection sociale	La revue a identifié 68 articles répondant aux critères d’inclusion et qui font l’objet d’analyse.  <b>Critères d’inclusion :</b> publications axées sur la santé bucco-dentaire des enfants maltraités, négligés, articles en anglais,	<b>Type d’étude :</b> Revue de la littérature internationale qui s’intéresse à 3 thèmes : - examiner la relation entre une mauvaise santé bucco-dentaire et la maltraitance infantile - identifier et combler les lacunes dans les connaissances professionnelles et la conduite à tenir - Améliorer les relations entre les dentistes et les professionnels de la santé et les services sociaux.	- Relation associative entre la maltraitance et la négligence infantile et les répercussions négatives sur la santé bucco-dentaire  - Une majorité des études ont révélé des différences inquiétantes entre les connaissances déclarées par les chirurgiens-dentistes et leurs aptitudes à diagnostiquer des signes d’abus.  - Différences intra-professionnelles concernant les connaissances sur la maltraitance infantile	Cette étude prouve, l’effort de la communauté dentaire internationale à reconnaître la protection de l’enfant et à lui accorder de l’importance. Il est nécessaire de mieux former les chirurgiens-dentistes pour qu’ils n’éprouvent plus de doutes face à des cas de maltraitance infantile. Il faut également multiplier les rencontres interdisciplinaires.

Tableau 3 : Résultats de la revue de littérature

#### 4.2.4 Interprétation des résultats

##### 4.2.4.1 Connaissances et attitude des chirurgiens-dentistes

Explorer les connaissances et l'attitude des praticiens face à des cas de maltraitance et négligence infantile constituait l'objet principal de l'enquête dans la littérature. Malgré la diversité géographique et culturelle des études, leurs résultats étaient remarquablement similaires.

##### ❖ Connaissances

La majorité des études a révélé des **disparités inquiétantes** entre les connaissances déclarées par les chirurgiens-dentistes et leurs aptitudes cliniques à diagnostiquer les signes d'abus et de négligence.

Plusieurs études ont démontré que les connaissances des praticiens sur les maltraitances infantiles étaient limitées. Parallèlement à cela, les études ont prouvé que les chirurgiens-dentistes étaient souvent inquiets ou hésitants lors du diagnostic et le signalement de cas suspects. Cela a pu entraîner des erreurs de diagnostic et/ou résulter en une documentation incomplète voire nulle des signes potentiels d'abus et de négligence (Tilvawala et al. 2014 ; Cukovic-Bagic et al. 2015 ; Malpani et al. 2017).

L'étude réalisée par Cukovic et son équipe (Croatie) montre un **manque de connaissances** dans la détection et la prise en charge de la maltraitance infantile. En effet, bien que 83 % des chirurgiens-dentistes considèrent qu'ils sont bien placés pour reconnaître les abus et la négligence envers les enfants, 89 % d'entre eux estiment ne pas être suffisamment informés sur la protection de l'enfance. En effet, seuls 11,4 % des répondants connaissaient la procédure de renvoi en cas de doute (Cukovic-Bagic et al. 2015).

Par ailleurs, l'étude réalisée en Nouvelle-Zélande a montré que seulement 30,9 % des thérapeutes dentaires pensaient pouvoir reconnaître les signes et les symptômes de la maltraitance infantile. Les plus souvent cités étant : une blessure physique visible ou un comportement replié de l'enfant. La plupart des praticiens (85 %) estimaient qu'un enfant manquant plusieurs rendez-vous était un signe de négligence de la part des parents (Tilvawala et al. 2014). Tandis que dans l'étude indienne, les signes de maltraitance infantile les plus fréquemment connus étaient dans 82 %, 85 % et 76 % des cas, respectivement,

des marques de morsure identifiées, un délai de recherche de soins médicaux et des blessures répétées au niveau bucco-dentaire (Malpani et al. 2017).

### ❖ Attitude

Les résultats de la littérature concernant l'attitude à adopter face à des cas de maltraitance ou de négligence infantile semblent être discordants. **Signaler les cas suspects** aux autorités compétentes, aux services de protection de l'enfance ou à la police figurent parmi les attitudes les plus répandues (Cukovic-Bagic et al. 2015 ; Malpani et al. 2017 ; Uldum et al. 2017).

Malgré cela, la revue de littérature de Rodrigues et al. (Brésil) a constaté que dans 31,25 % des articles, les chirurgiens-dentistes ne savent pas qui sont ces autorités (Rodrigues et al. 2016). Aux États-Unis, les praticiens sont tenus de signaler les cas suspects aux services sociaux et aux organismes chargés de l'application de la loi.

Malpani et al. (Inde) ont observé que les chirurgiens-dentistes contactaient la police (48 %), les services sociaux (17 %), la Childline (21,7 %) et le Ministère de la santé (5 %) (Malpani et al. 2017). Pourtant, dans d'autres articles, l'attitude la plus répandue serait de discuter de leurs préoccupations avec des collègues dentistes tel que décrit dans les articles néo-zélandais et croate dans respectivement 78 % et 86 % des cas (Tilvawala et al. 2014 ; Cukovic-Bagic et al. 2015).

Étonnamment, le pédiatre n'est pas le professionnel de santé le plus souvent consulté malgré son lien important avec l'enfant. En effet, les chirurgiens-dentistes croates ne seraient que 11,5 % à en discuter avec le pédiatre de l'enfant et encore moins avec la seule institution spécialisée en Croatie : Polyclinic for Child Protection Zagreb. Cela indique un manque de collaboration multidisciplinaire, ce qui constitue le principal problème de la détection et du renvoi des cas de maltraitance infantile (Cukovic-Bagic et al. 2015). On retrouve des résultats similaires dans l'article de Tilvawala (Nouvelle Zélande) avec 12,5 % des thérapeutes dentaires qui renverraient l'affaire vers un dentiste pédiatrique (Tilvawala et al. 2014).

De plus, lorsque les investigateurs ont demandé aux participants de l'étude indienne quelles actions ils entreprendraient s'ils soupçonnaient des violences ou de la négligence infantile, 62 % d'entre eux ont répondu qu'ils informeraient les autorités uniquement dans les cas où la violence physique sur un enfant est répétitive (Malpani et al. 2017).

Aux Pays-Bas, les chirurgiens-dentistes ayant pris connaissance du code de signalement ont la plupart du temps pris note de leurs soupçons (81 %) ou sont intervenus (58 %). Ils ont parlé aux parents du patient en question (52 %) et/ou ont consulté un collègue ou un généraliste (33 %). Peu de praticiens ont signalé le cas (18 %) (Van Dam et al. 2015).

De nombreux obstacles au signalement semblent exister.

#### 4.2.4.2 Fréquence et obstacles de signalement

Dans de nombreux cas, les chirurgiens-dentistes qui suspectent de la maltraitance ou de la négligence infantile ne signalent pas les cas aux autorités compétentes. En effet, dans la revue de littérature de Rodrigues et al. les auteurs ont démontré qu'il existait un écart important entre le nombre de professionnels qui remarquent des signes de violence domestique et ceux qui signalent leurs suspicions aux autorités compétentes (Rodrigues et al. 2016).

Ainsi l'article danois met en exergue que sur les 40,8 % de répondants qui ont soupçonné de la maltraitance ou de la négligence infantile au cours de leur carrière, la moitié d'entre eux avaient référé leurs préoccupations aux services sociaux (Uldum et al. 2017). Un chiffre qui est significatif et qui est cohérent avec l'étude néo-zélandaise où 50 % des cas suspects de l'année passée n'ont jamais été signalés (Tilvawala et al. 2014).

Les **obstacles au signalement** les plus fréquemment rencontrés par les chirurgiens-dentistes sont (Bradbury-Jones et al. 2019) :

- La peur des représailles des parents envers l'enfant concerné ;
- Les violences ou litiges dirigés contre le chirurgien-dentiste (crainte de poursuites judiciaires) ;
- L'incertitude concernant les observations, les signes et les symptômes de maltraitance et de négligence ;
- Les faibles connaissances des procédures de signalement ;
- Le manque de confiance dans les services sociaux rapporté par un thérapeute sur 3 dans l'étude de Tilvawala (Tilvawala et al. 2014) ;
- La peur de signaler à tort un cas de d'abus semble être le principal obstacle des dentistes néo-zélandais (69 %) ;
- La crainte des conséquences pour l'enfant si les autorités interviennent constitue l'un des obstacles les plus fréquemment rapportés par les chirurgiens-dentistes danois (Uldum et al. 2017).

Bien que le taux de signalement ait considérablement augmenté passant de 33,9 % en 2008 à 50 % en 2013, les **obstacles à l'aiguillage vers les services sociaux** au Danemark sont restés quasiment inchangés sur une période de 5 ans (Uldum et al. 2017).

Ces résultats présentent un **panorama alarmant** et indiquent que les professionnels dentaires peuvent détecter des signes de violence à l'égard des enfants, mais ils ne savent pas comment procéder, ou qui alerter. Ainsi, il est nécessaire qu'ils reçoivent une formation appropriée sur la manière de procéder dans ces situations.

#### 4.2.4.3 Formation

Dans la majorité des articles, les auteurs ont mis en évidence des **lacunes démesurées** dans la **formation** des chirurgiens-dentistes concernant le sujet de la maltraitance et de la négligence infantile. Ainsi dans les articles néo-zélandais, saoudiens, indiens et danois, respectivement seuls 3 %, 11 %, 4 % et 9 % des participants avaient reçu une formation officielle, initiale ou continue, sur les abus et la négligence que peuvent subir des enfants (Tilvawala et al. 2014; Al-Dabaan et al. 2016; Malpani et al. 2017; Uldum et al. 2017).

Malgré ces chiffres dérisoires, il est important de noter qu'une majorité des participants souhaitent en apprendre davantage sur le sujet et estime que la formation en protection de l'enfance devrait être une **caractéristique obligatoire** de l'enseignement en dentisterie, que ce soit dans la formation initiale et/ou dans la formation continue : dans l'étude néo-zélandaise, croate et indienne respectivement 82 %, 80 % et 63 % des répondants souhaitent une formation supplémentaire pour identifier et signaler les cas de violences et de négligence infantile (Tilvawala et al. 2014; Cukovic-Bagic et al. 2015; Malpani et al. 2017).

Dans la revue de littérature de Bradbury-Jones et al., 4 articles ont cherché à évaluer des **programmes de formation** centrés sur la maltraitance et la négligence infantile. Une amélioration des connaissances des praticiens a été notée après l'achèvement des programmes de formation (Bradbury-Jones et al. 2019). Cela est illustré par le module de formation en ligne mis en place par Al-Dabaan et ses collègues et destiné à améliorer les savoirs et les pratiques des chirurgiens-dentistes saoudiens face à la maltraitance et à la négligence infantile. D'une part les auteurs ont remarqué une amélioration significative des connaissances des praticiens immédiatement après l'achèvement de ce programme.

D'autre part, des mesures ont été adoptées par nombre de praticiens un mois après la formation : 21 % ont adopté une politique de protection de l'enfance dans leur pratique, 25 % ont organisé une formation à la protection de l'enfance pour un ou plusieurs membres de leur équipe, 29 % ont identifié un membre du personnel dentaire chargé de la protection de l'enfant. La formation a permis de faire évoluer la mentalité des participants, puisque dans le mois qui a suivi la formation 58 % des répondants ont soupçonné de la maltraitance ou de la négligence infantile et 27 % d'entre eux l'ont signalé aux autorités compétentes. Malgré ces résultats encourageants, la moitié de l'échantillon n'a effectué aucun changement dans leur pratique. Ce qui témoigne de la nécessité de poursuivre la formation et la sensibilisation des chirurgiens-dentistes à cette problématique de santé publique (Al-Dabaan et al. 2016).

Par ailleurs, l'étude danoise a permis de mettre en évidence que les praticiens ayant reçu une formation sont plus sujets à rechercher des signes de maltraitance infantile et à prendre des mesures adéquates lorsqu'ils suspectent des abus et/ou de la négligence envers les enfants (Uldum et al. 2017). Des résultats similaires ont été retrouvés dans l'étude néerlandaise : 30 % des chirurgiens-dentistes ont déclaré que le code de signalement (« Reporting code dental : RCD ») avait influencé leur vigilance et leur comportement. Parmi les 76 % de participants qui ont pris connaissance du code de signalement, 51 % l'ont mis en œuvre dans leur pratique. De plus parmi les 24 % de chirurgiens-dentistes qui ont soupçonné de la violence infantile au cours des 12 derniers mois, 86 % d'entre eux qui ont agi étaient plus sensibilisés au « Reporting code dental ». Cette enquête montre qu'un code de signalement obligatoire tel que le RCD peut servir de soutien aux chirurgiens-dentistes en les incitant à rester attentifs face aux signes de violence domestique et à les signaler.

Pour conclure, les formations, lorsqu'elles sont dispensées, **varient** entre les pays et au sein même d'un pays entre plusieurs universités. Ainsi, la revue de littérature de Rodrigues a mis en évidence qu'aux États-Unis et au Royaume-Uni un plus grand nombre de chirurgiens-dentistes sont familiarisés avec le rôle qu'ils doivent jouer dans la détection des signes de violence à l'égard des enfants. Aux États-Unis, la connaissance des abus et négligence infantile est remarquablement plus avancée grâce à des programmes éducatifs, tels que PANDA (Rodrigues et al. 2016).

L'université de Zagreb, en Croatie, a également mis en place depuis 2007/2008 dans le programme de premier cycle un cours au choix consacré exclusivement à la maltraitance et à la négligence infantile, ainsi qu'un cours obligatoire dans le programme de dentisterie pédiatrique (Cukovic-Bagic et al. 2015). Les universités danoises ont, à leur tour, inclus dans leur programme de premier cycle des cours sur la gestion des cas de violence et de négligence à l'égard d'enfants (Uldum et al. 2017).

Cette revue de littérature a permis de mettre en évidence le fait que la protection des enfants doit devenir une **partie intégrante** du programme de dentisterie : diagnostic, attitudes, procédures à suivre face à des cas de maltraitance et de négligence infantile doivent être intégrés dans la formation initiale et dans le développement professionnel continu. Cela permettrait de surmonter les obstacles au signalement mentionnés plus haut.

De plus, la coordination des pratiques multidisciplinaires permettrait que le chirurgien-dentiste soit plus impliqué et conscient de sa **place prépondérante** dans le dépistage et la prise en charge de la maltraitance et de la négligence infantile.

## **5 Enquête auprès des praticiens sur les violences infligées aux enfants**

Afin d'illustrer cette revue de littérature, j'ai réalisé une étude auprès des chirurgiens-dentistes d'Île-de-France dans le but d'estimer leur intérêt face à ce problème de santé publique en 2019 et en tirer des conclusions sur la formation à apporter à ce thème aux futurs diplômés.

### **5.1 Matériels et méthodes**

#### **5.1.1 Objectifs de l'étude**

Cette étude a pour objectifs :

- **D'évaluer les connaissances** des chirurgiens-dentistes en Île-de-France sur le sujet de la maltraitance et de la négligence infantile ;
- **D'évaluer la conduite** des praticiens face à cette problématique dans leur exercice quotidien ;
- **D'évaluer l'attrait** des praticiens pour ce sujet et en déduire les thèmes à aborder dans les formations futures.

### 5.1.2 Population de l'étude

L'étude a été menée auprès d'un échantillon aléatoire de chirurgiens-dentistes d'Île-de-France. La population d'étude était composée initialement de 500 chirurgiens-dentistes omnipraticiens ou spécialistes d'Île-de-France. L'échantillon a été constitué à l'aide de l'Annuaire dentaire, en sélectionnant au hasard 250 praticiens dans le Val de Marne et 250 autres à Paris et dont les adresses mails étaient communiquées.

### 5.1.3 Élaboration du questionnaire

Cette étude est une auto-évaluation par les participants de leurs connaissances et de leurs attitudes face à des cas présumés ou avérés de maltraitance et de négligence infantile.

Le questionnaire est composé de 4 parties (voir annexe 2) :

- Partie 1 : **Profil des répondants** : elle comprend 8 questions permettant d'établir le profil des chirurgiens-dentistes : sexe, âge, nombre d'années d'exercice...
- Partie 2 : **Connaissances des participants sur la maltraitance** : elle comprend 5 questions visant à évaluer le savoir des chirurgiens-dentistes sur les situations relevant de la maltraitance et les populations touchées, et examiner leurs perceptions sur le signalement ;
- Partie 3 : **Exercice quotidien et maltraitance** : inclut 8 questions et a comme intention d'estimer le nombre de chirurgiens-dentistes qui ont été confrontés à des cas de maltraitance suspectée ou avérée, sur quoi étaient basés leurs soupçons (présence de blessures visibles, comportement de l'enfant ou de sa famille) et leur conduite face à de tels cas.
- Partie 4 : **Formation et maltraitance** : renferme 5 items et s'intéresse aux ressentis des praticiens sur la formation initiale et la formation continue de la maltraitance et la négligence infantile.

### 5.1.4 Recueil des données

Ce questionnaire a été envoyé par mail aux praticiens sélectionnés pour l'étude entre le mois d'avril et le mois d'août 2019. Il était précédé d'une introduction exposant l'objet de l'enquête. Le questionnaire était anonyme. Les adresses mails des cabinets dentaires ont été récupérées sur le site de l'annuaire dentaire.

### 5.1.5 Analyse des résultats

Le logiciel Microsoft Excel a été utilisé pour classer les données. Celle-ci ont été principalement analysées de manière descriptive.

## 5.2 Résultats

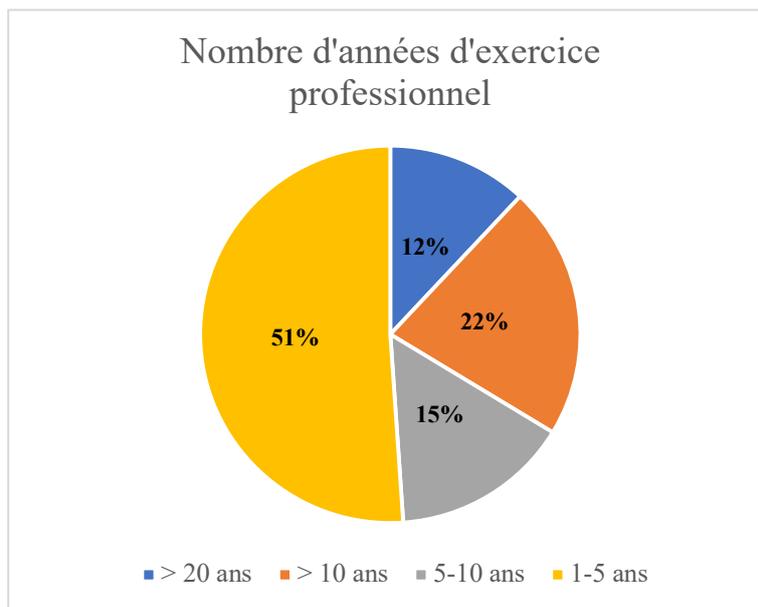
### 5.2.1 Profil des répondants

Le **nombre** de répondants est de 92 soit un taux de réponse de 18 %.

77,2 % des participants sont des **femmes** et 22,8 % des hommes.

La plupart des répondants de l'étude sont âgés entre **24 et 30 ans** (53 %) puis entre 31 et 39 ans (26 %). Seuls 16 % de l'échantillon sont âgés entre 40 et 50 ans, et 4 participants ont plus de 50 ans.

Le graphique ci-dessous illustre le **nombre d'années d'exercice** des répondants :



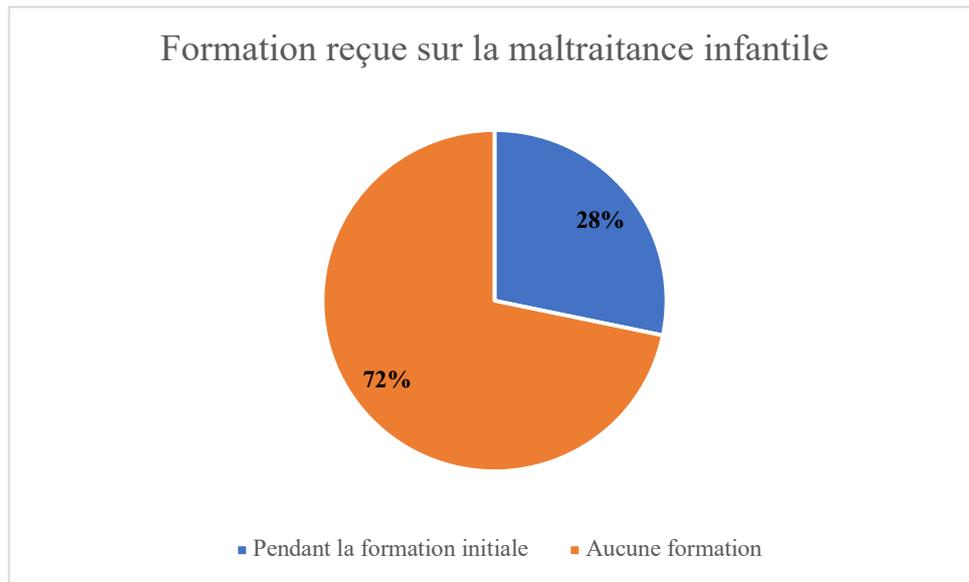
*Graphique 1 : Répartition des répondants par nombre d'années d'exercice professionnel*

La majorité des chirurgiens-dentistes de l'étude est **omnipraticiens** (85,9 %). 9 praticiens sont **pédodontistes** (9,8 %), 2 praticiens sont **orthodontistes** (2,2 %) et 5 praticiens sont **parodontistes** (5,5 %).

Les participants exercent principalement en milieu **urbain** (65 %). Certains exercent en milieu rural (18 %) et d'autre en milieu péri-urbain (17 %).

**La majorité des participants** affirme soigner des enfants chaque semaine (94,6 %) tandis que 4,3 % n'en soignent pas. Parmi les chirurgiens-dentistes qui soignent des enfants, 34 % en soignent 6 à 10 dans la semaine tandis que les pédodontistes en soignent 40 à 50.

72 % des participants n'ont jamais eu de **formation** concernant la maltraitance. Il semble qu'aucun praticien n'ait reçu de formation continue sur le sujet de la maltraitance et la négligence infantile.

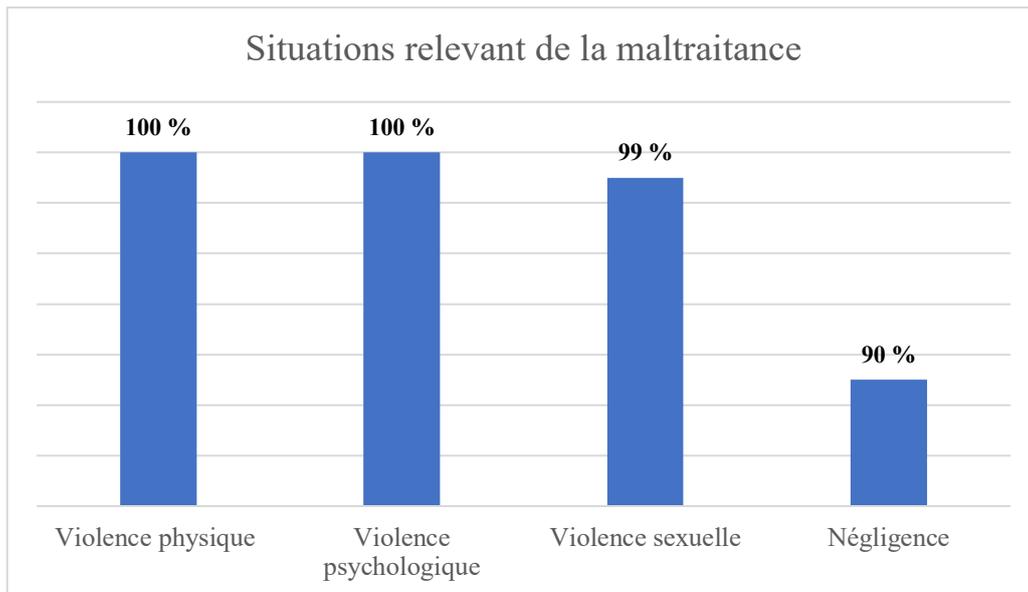


*Graphique 2 : Nombre de répondants ayant reçu une formation sur la maltraitance infantile*

90 % des chirurgiens-dentistes se sentent **concernés** par le problème de la maltraitance infantile en tant que professionnel de santé, tandis que 5 % des praticiens ne le sont pas et ne se prononcent pas.

### 5.2.2 Connaissances des répondants

Nous avons demandé aux participants quelles **situations relevaient de la maltraitance** : les abus physiques, psychologiques et sexuels sont les types de maltraitance les plus cités par les répondants.



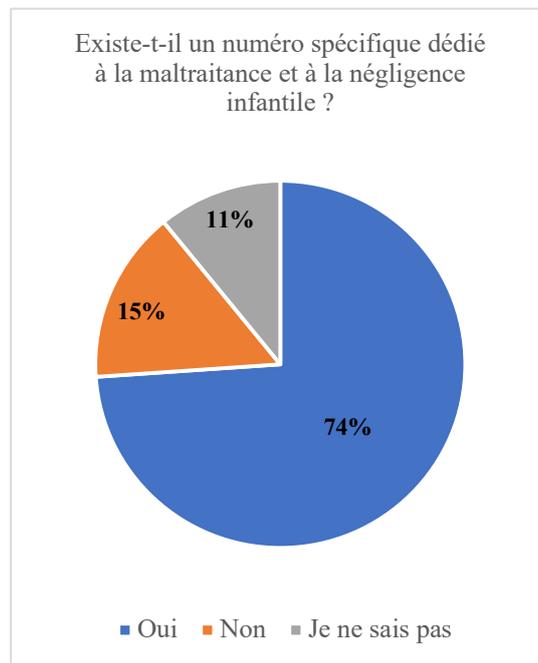
*Graphique 3 : Situations relevant de la maltraitance selon les répondants*

**Concernant les populations les plus touchées par la maltraitance :** 70 % des chirurgiens-dentistes déclarent que la maltraitance touche toutes les populations confondues, indépendamment du niveau socio-économique. Malgré ce résultat encourageant, 30 % des praticiens pensent encore que les violences et la négligence ne touchent que les populations défavorisées.

De manière générale, j'ai interrogé les participants sur le **type de victimes** le plus souvent rencontrées dans les cas suspectés de maltraitance. Voici l'ordre retenu, en commençant par les victimes les moins touchées selon les répondants :

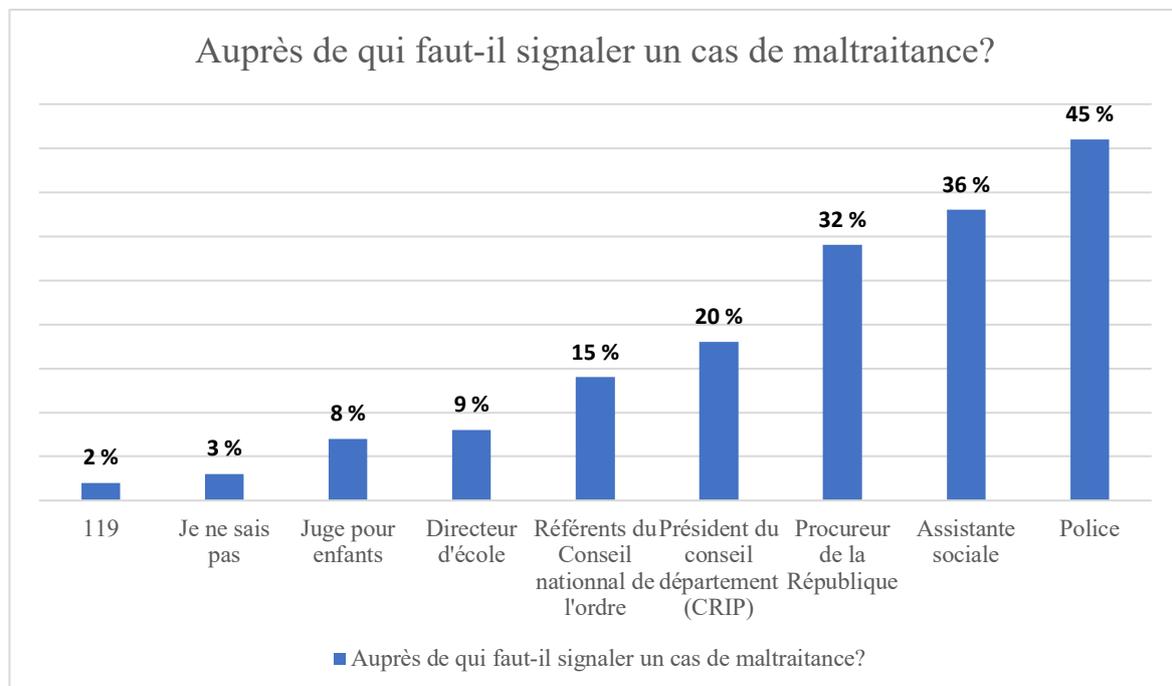
- Les hommes
- Les enfants de 12 à 15 ans
- Les personnes handicapées
- Les personnes âgées
- Les enfants de 6 à 11 ans
- Les femmes
- Les enfants de 0 à 6 ans

Par ailleurs, j'ai voulu savoir si les participants connaissaient l'existence du **numéro spécifique** dédié à la maltraitance et à la négligence infantile. Les réponses sont regroupées dans le graphique ci-dessous.



*Graphique 4 : Connaissance du numéro spécifique dédié à la maltraitance et à la négligence infantile*

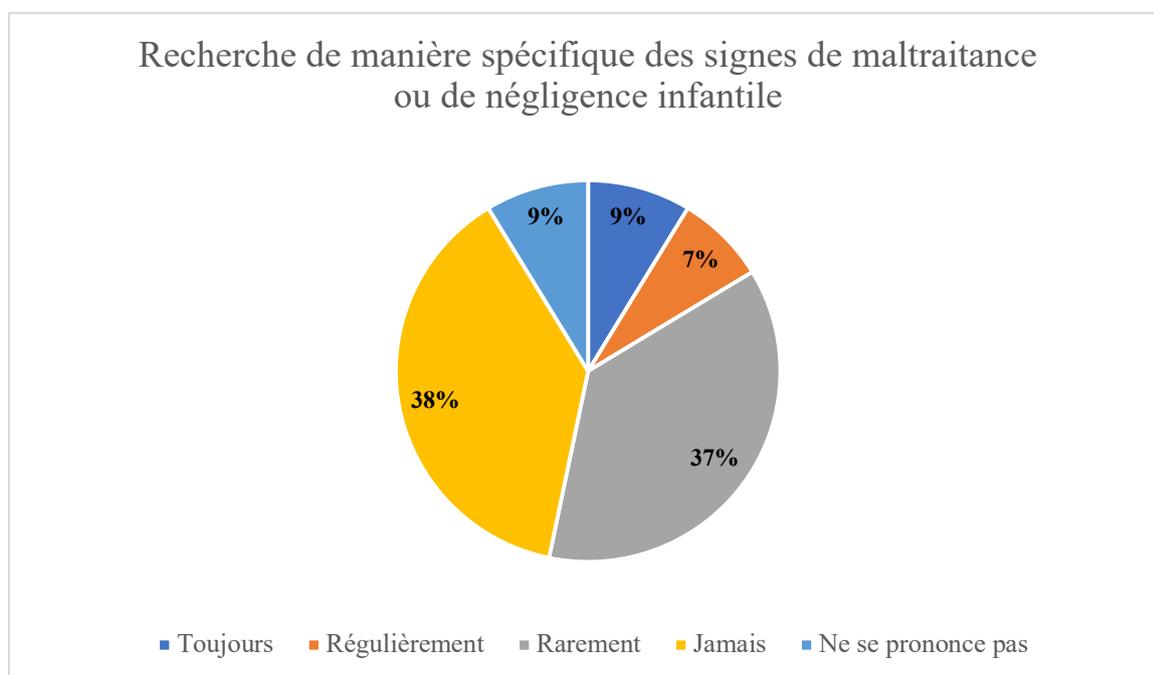
Selon 45 % des participants, le **signalement** d'un cas de maltraitance ou de négligence infantile s'effectue auprès de la police. Seuls 20 % des répondants contacteraient la CRIP.



*Graphique 5 : Signalement de cas de maltraitance auprès de quelles autorités*

### 5.2.3 Exercice quotidien et maltraitance

75 % des répondants ne recherchent rarement voire jamais de **signes spécifiques de maltraitance** chez leurs patients. 16 % recherchent régulièrement voire toujours des signes de maltraitance ou de négligence chez leurs jeunes patients.

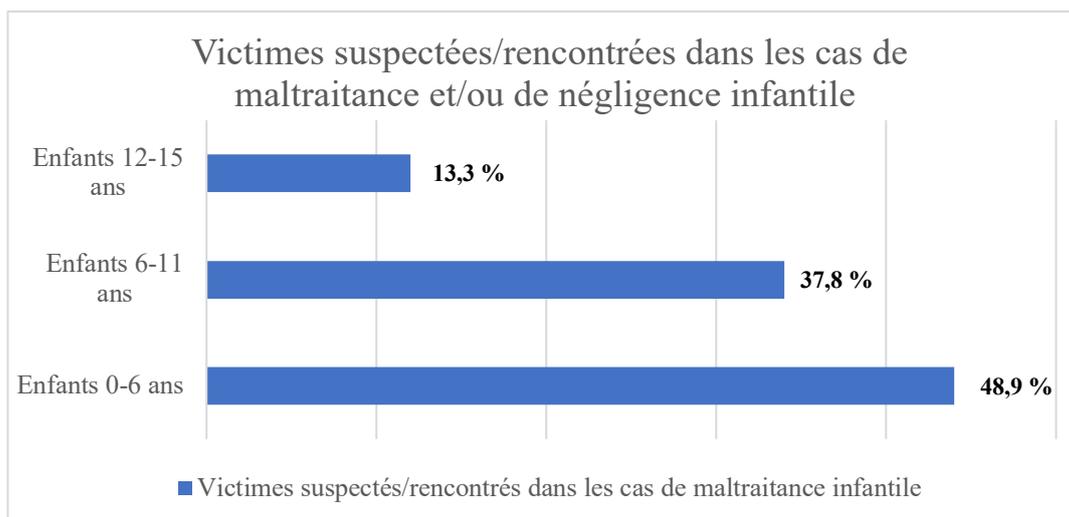


*Graphique 6 : Recherchez-vous de manière spécifique des signes de maltraitance ou de négligence chez vos patients enfants ?*

Dans notre étude, **49 % des chirurgiens-dentistes** interrogés déclarent avoir déjà **rencontré ou suspecté un cas de maltraitance** et/ou de négligence infantile au cours de leur carrière professionnelle. Certains d'entre eux ont précisé le nombre de cas qu'ils avaient suspecté, ainsi :

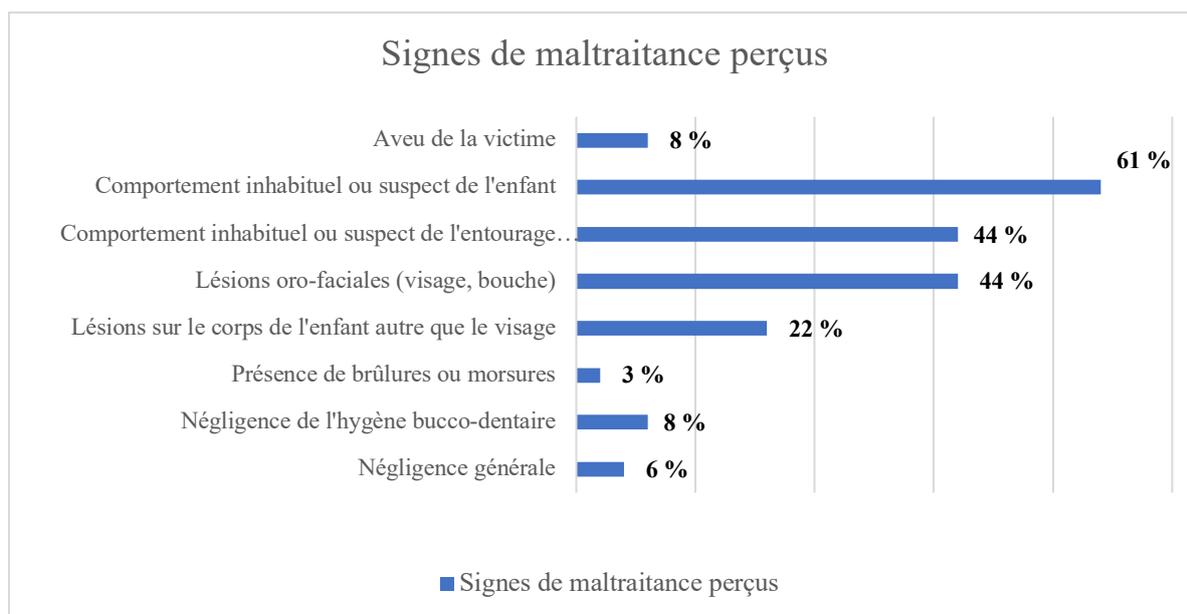
- 12 participants ont suspecté 1 seul cas au cours de leur carrière,
- 7 participants en ont suspecté 2,
- 9 participants en ont suspecté entre 3 et 5,
- 3 répondants en ont suspecté ou rencontré entre 6 à 10.

Parmi les chirurgiens-dentistes ayant déjà suspecté ou rencontré un cas ou plusieurs cas de maltraitance infantile, les **personnes les plus touchées** semblent être les **enfants** et notamment ceux âgés entre **0 et 6 ans** (48,9 %), viennent ensuite les enfants âgés de 6 à 11 ans (37,8 %) et enfin seulement 13 % avaient suspecté de la maltraitance chez des enfants âgés entre 12 et 15 ans.



*Graphique 7 : Patients victimes de maltraitance et/ou de négligence dans les cas suspectés ou rencontrés par les chirurgiens-dentistes*

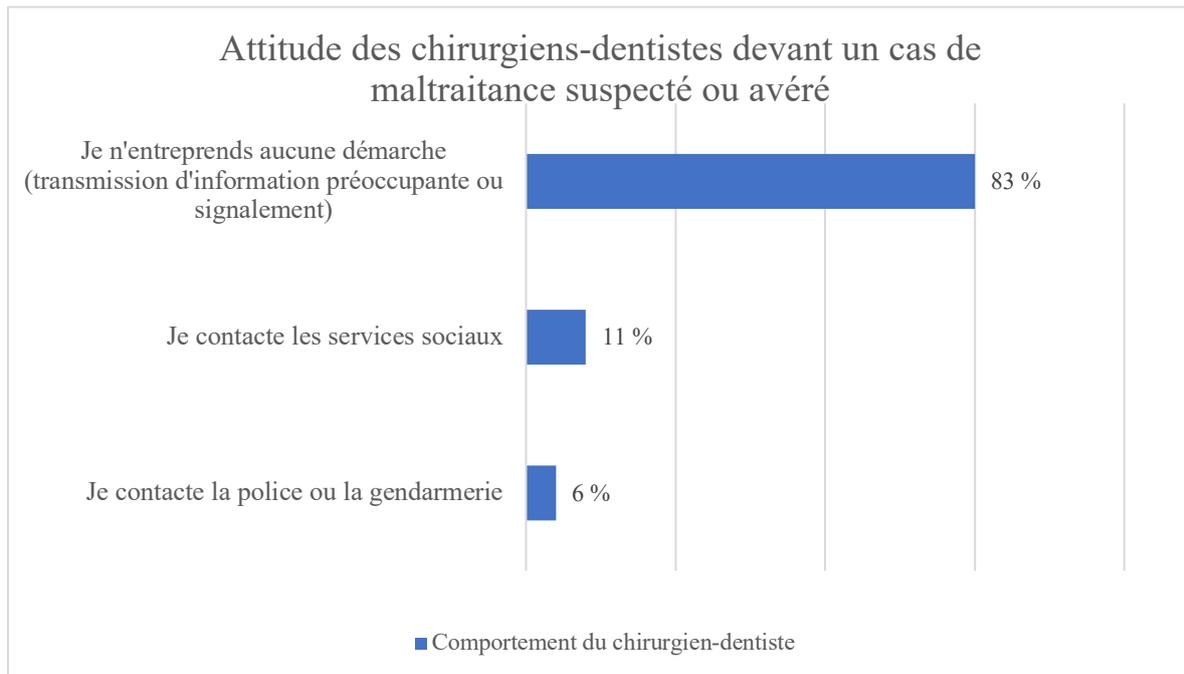
Les signes de maltraitance (présumée ou avérée) ayant alerté les praticiens sont assez variés, et sont regroupés dans le graphique ci-dessous.



*Graphique 8 : Signes ayant alerté ou attiré l'attention des praticiens dans les cas suspectés ou rencontrés de maltraitance infantile*

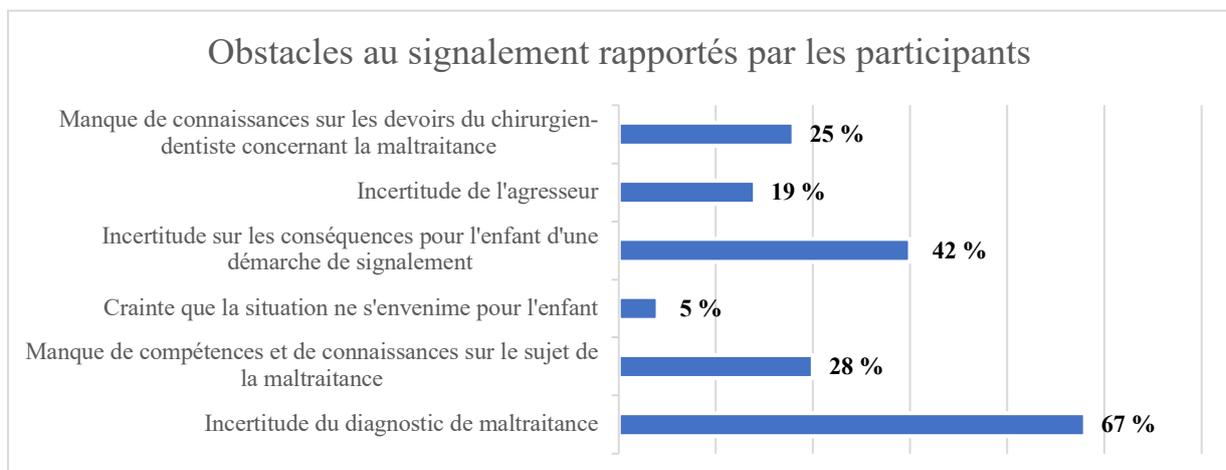
Lorsqu'ils ont rencontré ou suspecté un cas de maltraitance, 34 % des chirurgiens-dentistes interrogés ont cherché à savoir au cours des rendez-vous suivants si leur patient avait trouvé de l'aide. Ils sont 66 % à ne pas l'avoir fait : 8 % parce qu'ils ont oublié et 58 % n'ont pas revu l'enfant.

Nous nous sommes interrogés sur l'**attitude** qu'adoptaient les praticiens face à des cas de maltraitance et de négligence infantile suspectés ou avérés. La majorité des répondants déclare ne pas entreprendre de démarches de signalement, parmi eux : ils préfèrent en parler avec un confrère chirurgien-dentiste (36 %) ou en discuter avec la victime sans pouvoir l'orienter (28 %). Par ailleurs 13 % des chirurgiens-dentistes ont contacté un autre praticien médical tel que le médecin traitant ou le pédiatre, et 8 % ont recherché des informations dans la littérature ou sur internet.



*Graphique 9 : Attitudes des participants face à un cas de maltraitance suspecté ou avéré*

Les raisons les plus souvent rapportées par les chirurgiens-dentistes pour lesquelles ils n'ont pas agi sont regroupées dans ce graphique :



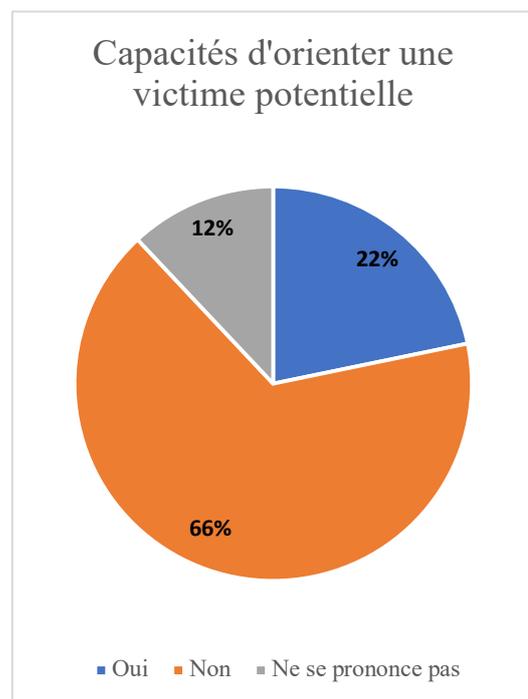
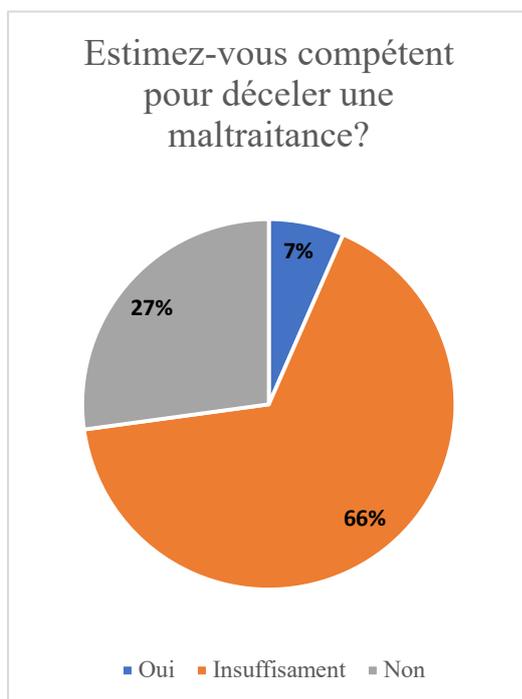
*Graphique 10 : Obstacles au signalement*

Les autres raisons invoquées par les participants qui les ont empêchés d'agir sont :

- Le manque de temps pour agir
- La peur de perdre la relation de confiance avec les parents
- La peur de représailles de la part des parents
- La difficulté à joindre les services sociaux.

#### 5.2.4 Formation et maltraitance

Une majorité des participants (66 %) s'estiment **incompétent** pour déceler de la maltraitance et/ou de la négligence infantile et orienter les victimes potentielles.



*Graphique 11 : Compétence pour déceler des abus*    *Graphique 12 : Capacités d'orienter une victime*

L'incompétence avouée par les praticiens que ce soit à détecter de la maltraitance ou bien à orienter une victime potentielle justifie la **forte demande de formation** des participants (**92 %**).

Selon les répondants, le **rôle** que doit adopter le chirurgien-dentiste dans le combat contre la maltraitance infantile est du plus important au moins important :

- Dépister (87 %)
- Signaler (82,6 %)
- Orienter la victime (73,9 %)
- Donner des numéros utiles (64,1 %)

Les **thèmes** à aborder ou à approfondir dans le cadre d'une formation sur la maltraitance infantile sont classés dans l'ordre d'importance :

- 1) Cadre médico-légal (signalement, droit et obligations du chirurgien-dentiste) pour 93,5 % des répondants ;
- 2) Dépistage de la maltraitance (signes, lésions, comportement associé...) pour 78,3 % des répondants ;
- 3) Connaissances sur les réseaux de soins, numéros de téléphone et site internet utiles pour 68,5 % des participants ;
- 4) Approche psychologique et accompagnement des victimes pour 50 % des praticiens ;
- 5) Prise en charge des lésions oro-faciales/dentaires associées à la maltraitance pour 39,1 % des chirurgiens-dentistes.

### **5.3 Discussion**

Le taux de réponse à l'enquête est particulièrement faible avec **18 % de participation**, et ce même après qu'il ait été fait des rappels. Cela semble montrer que le thème de l'enquête ne touche pas suffisamment les chirurgiens-dentistes.

#### **5.3.1 Profil des répondants**

Étant donné le taux important de femmes ayant répondu à notre étude (77,2 %), il semble que le sujet de la maltraitance infantile semble les toucher de manière plus prononcée.

La plupart des praticiens exercent en milieu urbain, et sont des jeunes diplômés (51 % travaillent depuis 1 à 5 ans). On constate que les plus de 50 ans ont moins répondu que les jeunes.

**72 %** des participants déclarent n'avoir **jamais reçu de formation** sur la maltraitance et la négligence infantile. Les universités françaises semblent en retard par rapport aux pays anglo-saxons, qui, depuis une quinzaine d'années, ont introduit une formation sur le sujet dans le programme des écoles dentaires (Rodrigues et al. 2016). Dans notre enquête, 28 % des praticiens semblent avoir reçu une formation initiale sur cette problématique, il aurait été intéressant de savoir quelles universités ont fréquenté ces chirurgiens-dentistes pour comparer les résultats. Aucun participant ne semble avoir reçu de formation continue sur le sujet ce qui témoigne de véritables lacunes dans les programmes dentaires des différentes écoles.

**90 %** des participants se sentent **concernés** par le problème de la maltraitance. Ce résultat est encourageant dans le sens où les chirurgiens-dentistes se voient comme des professionnels de santé s'occupant de la santé globale de leurs patients et montrent un intérêt à mon enquête. Cela concorde avec les résultats d'autres études, où la plupart des chirurgiens-dentistes interrogés se sentaient concernés par le sujet de la maltraitance infantile (Cukovic-Bagic et al. 2015; Malpani et al. 2017; Uldum et al. 2017)

### 5.3.2 Connaissances des répondants

Les violences physiques, psychologiques ou sexuelles sont les types de maltraitance les plus citées par les répondants. Étant les plus médiatisées et visibles, il semble normal que les chirurgiens-dentistes les considèrent comme des situations relevant de la maltraitance. A l'inverse, la négligence est plus difficile à détecter, bien que de plus en plus d'études y soient consacrées. On en déduit, que la négligence générale et plus précisément bucco-dentaire doit être développée dans le cursus d'odontologie afin que les chirurgiens-dentistes puissent être capables de détecter toutes les formes que peut revêtir la maltraitance.

De manière générale, les chirurgiens-dentistes semblent conscients que la maltraitance et la négligence infantile semblent toucher **toutes les populations** indépendamment du niveau socio-économique. Malgré tout, 30 % des répondants à notre étude pensent toujours que les abus et la négligence touchent essentiellement les populations défavorisées. Cette mentalité nécessite d'évoluer, aucun enfant n'est épargné.

De plus, 74 % des participants savent qu'il existe un **numéro spécifique** dédié à la maltraitance et négligence infantile. Mais seul 21 % d'entre eux connaissent ce numéro : le 119, d'où la nécessité de développer des **campagnes publicitaires** à visée des professionnels de santé pour faire connaître ce numéro. En effet, tout praticien peut demander de l'aide à travers le 119, mais également en connaissant ce numéro ils peuvent informer leurs patients qu'ils suspectent souffrir de maltraitance ou de négligence qu'il existe de l'aide au bout du fil. Seuls 22 % des pédodontistes (ce qui correspond à 2 répondants sur 9 pédodontistes en tout) connaissent ce numéro. Cela témoigne de véritables lacunes dans leur formation continue qui ne met pas du tout en valeur le sujet de la maltraitance.

Les autres numéros évoqués par les répondants (3 %) sont le 15 (SAMU) et le 112 (numéro d'appel d'urgence fonctionnant dans l'Union européenne).

Par ailleurs, la plupart des répondants signaleraient un cas de maltraitance auprès de la police (45 %). Nous pouvons supposer qu'ils contacteraient la police uniquement en cas de violence mettant en danger la vie de l'enfant. Dans l'étude indienne, la police est également l'autorité la plus contactée par les chirurgiens-dentistes en cas de suspicion de maltraitance (48 %), et cela uniquement dans les cas de violences répétitives (Malpani et al. 2017).

La **cellule de recueil des informations préoccupantes** n'est connue que de **20 %** des chirurgiens-dentistes alors qu'elle est l'autorité première avec qui le chirurgien-dentiste peut avoir à discuter en cas de maltraitance infantile. Seuls **15 %** des chirurgiens-dentistes semblent connaître **l'existence des référents** du conseil de l'Ordre. D'une part, cela montre que les chirurgiens-dentistes ne savent pas qui sont les autorités compétentes à contacter en cas de suspicion de maltraitance, ce qui est cohérent avec les résultats d'autres études (Rodrigues et al. 2016). D'autre part, cela confirme le fait que l'existence des référents, mis en place par le Conseil de l'ordre, est méconnue de la plupart des praticiens.

### 5.3.3 Exercice quotidien et maltraitance

Parmi les chirurgiens-dentistes interrogés, 75 % d'entre eux reconnaissent qu'ils ne recherchent rarement voire jamais de signes spécifiques de maltraitance chez leurs patients. Cela est à relier avec le fait que plus de 70 % des répondants n'ont jamais eu de formation sur le sujet.

Notre étude montre qu'un peu moins de la moitié des chirurgiens-dentistes ont suspecté ou rencontré un cas de maltraitance ou de négligence infantile au cours de leur carrière. Ces résultats sont cohérents avec les données d'autres études. Dans l'étude danoise évoquée précédemment, 40 % des répondants avaient soupçonné de la maltraitance infantile au cours des 5 dernières années (Uldum et al. 2017). Une formation sur ce sujet semble de plus en plus nécessaire.

Parmi les cas suspectés ou rencontrés de maltraitance infantile, les **signes associés** le plus souvent sont :

- Le comportement inhabituel ou suspect de l'enfant pour 61 % des participants ;
- Le comportement inhabituel ou suspect de l'entourage de l'enfant pour 44 % des participants ;

- La présence de lésions oro-faciales pour 44 % des participants ce qui est confirmé par la littérature internationale qui indique que 50 à 75 % des lésions de maltraitance se retrouve au niveau de la tête et du cou (Rayman et al. 2013).

Le **comportement de l'enfant** associé à des signes physiques peut-être révélateur de maltraitance. Ainsi, dans notre étude les résultats sont assez équilibrés. Il n'y avait pas de comportement particulier qui se détachait. 33 % des enfants présumés maltraités étaient coopérants, tandis que 36 % ne l'étaient pas. 31 % d'entre eux étaient « stoïques ». Ces résultats doivent être évalués avec circonspection, en effet un enfant peut ne pas être coopérant par peur des soins dentaires.

Parmi les 83 % de chirurgiens-dentistes qui n'entreprennent aucune démarche (que ce soit de transmission d'une information préoccupante ou de signalement) la plupart d'entre eux déclarent qu'ils ont des **doutes concernant le diagnostic** de maltraitance ou de négligence infantile. De plus, **l'incertitude sur les conséquences pour l'enfant** d'une démarche de signalement pousse 42 % des praticiens à ne pas agir. La méconnaissance des droits et devoirs du chirurgien-dentiste ainsi que le manque de connaissances sur le sujet de la maltraitance constituent des obstacles au signalement fréquemment rapporté par les participants. Les études précédemment évoquées dans la revue de littérature mettaient en avant le même type d'obstacles empêchant les chirurgiens-dentistes de signaler (Tilvawala et al. 2014; Uldum et al. 2017; Bradbury-Jones et al. 2019).

En cas de soupçon, 36 % des praticiens interrogés préfèrent en discuter avec leurs collègues chirurgiens-dentistes et 28 % avec la victime sans pouvoir l'orienter. Les services sociaux et la police n'ont été contactés que dans 11 % et 6 % des cas respectivement. Cela démontre que la majorité des praticiens ne connaît pas la conduite à tenir face à des cas de maltraitance et de négligence infantile ni les interlocuteurs à qui s'adresser.

#### 5.3.4 Formation et maltraitance

La majorité des participants s'estime **incompétent** pour déceler de la maltraitance et/ou de la négligence infantile et orienter les victimes potentielles. Les praticiens ayant déjà suspecté ou rencontré un cas ne se sentent pas plus compétents dans ces 2 domaines.

De plus, les praticiens ayant des contacts fréquents avec des enfants tels que les pédodontistes et orthodontistes ne s'estiment pas plus compétents à déceler de la maltraitance. Seul 1 pédodontiste s'estime capable d'orienter une victime potentielle. Il est nécessaire de mettre en place des formations pour ces praticiens qui soignent des enfants de manière régulière.

L'incompétence avouée par les participants que ce soit à détecter de la maltraitance ou bien à orienter une victime potentielle justifie la **forte demande de formation** des participants (92 %). Les données de cette étude sont en adéquation avec celles retrouvées dans la littérature où l'on constate que les besoins de formation demandés par les participants sont très élevés (Tilwawala et al. 2014; Cukovic-Bagic et al. 2015; Malpani et al. 2017).

9 participants sur 10 estiment qu'ils ont un **rôle à jouer** dans la prévention et la détection de la maltraitance et la négligence infantile. Tous s'accordent à dire que le cadre médico-légal (signalement, droit et obligations du chirurgien-dentiste face à des cas de maltraitance et de négligence infantile) doit être abordé en priorité dans les futures formations associé à la détection des violences au cabinet dentaire.

Une **formation claire et adaptée** doit être mise en place dans les facultés dentaires au cours des études de premier cycle puis lors de la formation continue et notamment pour les praticiens qui s'occupent spécifiquement d'enfants.

Nous espérons que notre enquête a aidé à une prise de conscience chez les participants, qui peuvent alors devenir un maillon de la chaîne dans le combat contre la maltraitance et la négligence infantile.

## CONCLUSION

Depuis les dernières années, la communauté internationale s'est grandement penchée sur le lien entre le chirurgien-dentiste et la maltraitance infantile. Cela a permis de remettre en question l'opinion selon laquelle la protection de l'enfance dépasserait le cadre de la dentisterie.

L'équipe dentaire constituée principalement du chirurgien-dentiste et de son assistante peut jouer un rôle primordial dans la détection et la prise en charge des violences et négligences à l'égard des enfants, de par la multitude des lésions localisées au niveau oro-faciale.

En France, l'ONCD s'est saisi de la question, dès 2016, en mettant en place des référents « Violences faites à autrui » dans chaque département. La formation e-learning mise en place sur le site de l'Ordre est destinée à mieux repérer, prendre en charge et orienter des patients victimes de violences. Il est malheureux que cette formation n'aborde pas de manière plus spécifique la maltraitance infantile. Par ailleurs, il semblerait qu'un nombre important de chirurgiens-dentistes ne soit pas tenu au courant de l'existence de cette formation.

L'enquête réalisée auprès des praticiens d'Île-de-France a permis de mettre en valeur la nécessité de formation dans le programme des facultés dentaires, pour améliorer les connaissances et la conduite des chirurgiens-dentistes.

Une étude américaine réalisée par des chercheurs à l'université dentaire d'Arizona et publiée en avril 2019 a mis en évidence un lien entre des biomarqueurs oraux (comportant des déchirures, des fractures de la mâchoire et des dents) et des lésions cérébrales liées à des violences familiales (Ellis et al. 2019). Ainsi un simple rendez-vous de contrôle chez un chirurgien-dentiste pourrait permettre d'identifier et d'aider toute personne qui subirait des abus.

Pour conclure, le chirurgien-dentiste peut devenir un chef de file dans le combat contre la maltraitance infantile. L'objectif à long terme étant d'éradiquer toutes sortes de violences.

## BIBLIOGRAPHIE

- Affi TO, Sareen J, Fortier J, Taillieu T, Turner S, Cheung K, et al. Child maltreatment and eating disorders among men and women in adulthood: Results from a nationally representative United States sample. *Int J Eat Disord.* 2017;50(11):1281-96.
- Al-Dabaan R, Asimakopoulou K, Newton JT. Effectiveness of a web-based child protection training programme designed for dental practitioners in Saudi Arabia: a pre- and post-test study. *Eur J Dent Educ.* 2016;20(1):45-54.
- Amara IS, Vanhee T, Shayegan A, Vanden Abbeele A. Contribution des pédodontistes dans la prise en charge d'enfants maltraités ou négligés. *Rev Francoph D'odontologie Pédiatrique.* 2017;12(1):29-34.
- Arora R, Hartwig E, Kannikeswaran N. Oral Lesion Secondary to Child Abuse. *J Emerg Med.* 2013;45(4):e139-40.
- Bhole N. Child Abuse And Neglect: Assessment Of Pediatric Dentists, General Dentists And Oral Surgeons' Attitudes Defense Committee. [Thèse d'exercice : Odontologie]. [Chicago]: University of Illinois; 2013.
- Bradbury-Jones C, Isham L, Morris AJ, Taylor J. The « neglected » relationship between child maltreatment and oral health? An international scoping review of research. *Trauma Violence Abuse.* 2019;1524838019841598.
- Butchart A, Phinney H, Mian M, Fürniss T, Kahane T. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2007.
- Caffey J. On the Theory and Practice of Shaking Infants: Its Potential Residual Effects of Permanent Brain Damage and Mental Retardation. *Am J Dis Child.* 1972;124(2):161-9.
- Cavalcanti AL. Maxillofacial injuries in victims of violence at school environment. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14(5):1835-42.
- Chevignard MP, Lind K. Long-term outcome of abusive head trauma. *Pediatr Radiol.* 2014;44(S4):548-58.
- Costacurta M, Benavoli D, Arcudi G, Docimo R. Oral and dental signs of child abuse and neglect. *ORAL Implantol.* 2015;8(2-3):68-73.
- Cukovic-Bagic I, Dumancic J, Tiljak MK, Drvaric I, Boric B, Kopic V, et al. Croatian dentists' knowledge, experience, and attitudes in regard to child abuse and neglect. *Int J Paediatr Dent.* 2015; 25(6):444-50.
- Daligand L, Jaby P, Gleizal A. Traumatismes orofaciaux dans les mauvais traitements à enfants. Aspects cliniques et médico-légaux .pdf. *Encycl Méd-Chir - Médecine Buccale.* 2016; [85564].
- Ellis TW, Brownstein S, Beitchman K, Lifshitz J. Restoring More than Smiles in Broken Homes: Dental and Oral Biomarkers of Brain Injury in Domestic Violence. *J Aggress Maltreatment Trauma.* 2019;28(7):838-47.
- Fisher-Owens SA, Lukefahr JL, Tate AR. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatr Dent.* 2017;39(4):278–283.
- Ford E, Clark C, Stansfeld SA. The influence of childhood adversity on social relations and mental health at mid-life. *J Affect Disord.* 2011;133(1-2):320-7.
- 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. *J Clin Exp Dent.* 2015;7(3):e428-34.
- Gibbs A, Dunkle K, Washington L, Willan S, Shai N, Jewkes R, et al. Childhood traumas as a risk factor for HIV-risk behaviours amongst young women and men living in urban informal settlements in South Africa: A cross-sectional study. *PLOS ONE.* 6 avr 2018;13(4):e0195369.
- Harris J, Whittington A. Dental neglect in children. *Paediatr CHILD Health.* 2016;16(11):478-84.

- Harris JC, Elcock C, Sidebotham PD, Welbury RR. Safeguarding children in dentistry: 2. Do paediatric dentists neglect child dental neglect?. *British Dental Journal*. 2009;206(9):465-70.
- Hibbard RA, Sanders BJ. Child Abuse and Neglect. In: Dean JA, Avery DR, McDonald RE, éditeurs. *McDonald and Avery Dentistry for the Child and Adolescent (Ninth Edition)*. Saint Louis: Mosby; 2011. p. 19-26.
- Hinchliffe J. Forensic odontology, part 5. Child abuse issues. *British Dental Journal* 2011;210(9):423-8.
- Hovens JGFM, Wiersma JE, Giltay EJ, Oppen PV, Spinhoven P, Penninx BWJH, et al. Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatr Scand*. 2010;122(1):66-74.
- Izaguirre A, Calvete E. Children who are exposed to intimate partner violence: Interviewing mothers to understand its impact on children. *Child Abuse Negl*. 2015;48:58-67.
- Jewkes RK, Dunkle K, Nduna M, Jama PN, Puren A. Associations between childhood adversity and depression, substance abuse and HIV and HSV2 incident infections in rural South African youth. *Child Abuse Negl*. 2010;34(11):833-41.
- Kamann WK. Maltraitance infantile—son importance en médecine dentaire. *Schweiz Monatsschrift Für Zahnmed*. 2008;118(4):321-32.
- Katner DR, Brown CE. Mandatory reporting of oral injuries indicating possible child abuse. *J Am Dent Assoc*. 2012;143(10):1087-92.
- Kellogg N. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics*. 2010;38(6):177-80.
- Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The Battered-Child Syndrome. *J Am Med Assoc*. 1962;181(1):17-24.
- Kvist T, Wickström A, Miglis I, Dahllöf G. The dilemma of reporting suspicions of child maltreatment in pediatric dentistry. *Eur J Oral Sci*. 2014;122(5):332-8.
- Lind K, Toure H, Brugel D, Meyer P, Laurent-Vannier A, Chevignard M. Extended follow-up of neurological, cognitive, behavioral and academic outcomes after severe abusive head trauma. *Child Abuse Negl*. janv 2016;51:358-67.
- Maclean MJ, Sims S, Bower C, Leonard H, Stanley FJ, O'Donnell M. Maltreatment Risk Among Children With Disabilities. *Pediatrics*. 2017;139(4):e20161817.
- Malpani S, Arora J, Diwaker G, Kaleka PK, Parey A, Bontala P, et al. Child Abuse and Neglect: Do We know enough? A Cross-sectional Study of Knowledge, Attitude, and Behavior of Dentists regarding Child Abuse and Neglect in Pune, India. *J Contemp Dent Pract*. 2017;18(2):162-9.
- Mandavia A, Robinson GGN, Bradley B, Ressler KJ, Powers A. Exposure to Childhood Abuse and Later Substance Use: Indirect Effects of Emotion Dysregulation and Exposure to Trauma. *J Trauma Stress*. 2016;29(5):422-9.
- Mathur S, Chopra R. Combating child abuse: the role of a dentist. *Oral Health Prev Dent*. 2013;11(3):243-50.
- Nagelberg R. Child abuse awareness in the dental profession. *Natl Magasine Dent Hyg Prof*. 2015;35(11):8-9.
- Nathanson M, Oxley J, Rouyer M. Maltraitance envers les enfants et les adolescents. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 2011;24(6):295-305.
- Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T, et al. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med*. 2012;9(11):e1001349.

- Nossintchouk R, Kouyoumdjian C. Traumatismes orofaciaux et mauvais traitements à enfants. EMC-Elsevier Masson SAS Paris. 2008;[23-430-A-10].
- Oliveira LB, Soares FA, Silveira MF, Pinho L de, Caldeira AP, Leite MT de S. Domestic violence on children: development and validation of an instrument to evaluate knowledge of health professionals. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24(0):e2772.
- Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD). Briser le silence des violences faites aux femmes.pdf. *La lettre*. 2018;(164):22-5.
- Parmentier T, Hernandez M, Droz D. Le chirurgien-dentiste face à la maltraitance infantile. *Revue Francophone d'Odontologie Pédiatrique*. 2016;11(2):53-9.
- Percinoto ACC, Danelon M, Crivelini MM, Cunha RF, Percinoto C. Condyloma acuminata in the tongue and palate of a sexually abused child: a case report. *BMC Res Notes*. 2014;7:467.
- Pretty IA. Forensic Dentistry: 2. Bitemarks and Bite Injuries. *Dent Update*. 2008;35(1):48-61.
- Rault F. Protection administrative ou signalement judiciaire : une mise au point sur les devoirs et les responsabilités des professionnels. *Enfances Psy*. 2013;60(3):66-75.
- Rayman S, Dincer E, Almas K. Child abuse. Concerns for Oral Health Practitioners. *N Y State Dent J*. 2013;79(4):30-4.
- Renier D. Syndrome du bébé secoué. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 2012;25(3):158-64.
- Rodrigues JL SA, Lima APB, Nagata JY, Rigo L, Cericato GO, Franco A, et al. Domestic violence against children detected and managed in the routine of dentistry – A systematic review. *J Forensic Leg Med*. 2016;43:34-41.
- Samson B, Cornut C, Jousset C, Picherot G, Vabres N. Maltraitance envers les enfants et les adolescents. *EMC - Pédiatrie - Mal Infect*. 2018;[76502].
- Somani R, Kushwaha V, Kumar D, Khaira J. Child abuse and its detection in the Dental Office. *J Indian Acad Forensic Med*. 2011;33(4):971-973.
- Sonbol HN, Abu-Ghazaleh S, Rajab LD, Baqain ZH, Saman R. Knowledge, educational experiences and attitudes towards child abuse amongst Jordanian dentists. *Eur J Dent Educ*. 2012;16(1):e158-65.
- Tamayo T, Herder C, Rathmann W. Impact of early psychosocial factors (childhood socioeconomic factors and adversities) on future risk of type 2 diabetes, metabolic disturbances and obesity: a systematic review. *BMC Public Health*. 2010;10(525):1-15.
- Tilwala D, Murray C, Farah R, Broadbent JM. New Zealand dental therapists' beliefs regarding child maltreatment. *Aust N Z J Public Health*. 2014;38(5):480-4.
- Tursz A. Les conséquences de la maltraitance dans l'enfance sur la santé physique et mentale à l'âge adulte : approche épidémiologique de santé publique. *Revue Francophone des Affaires Sociales* 2013;(1-2):32-50.
- Uldum B, Christensen HN, Welbury R, Haubek D. How Danish dentists and dental hygienists handle their role in child abuse and neglect matters. *Acta Odontol Scand*. 2017;75(5):332-7.
- Van Dam BAFM, van der Sanden WJM, Bruers JJM. Recognizing and reporting domestic violence: attitudes, experiences and behavior of Dutch dentists. *BMC Oral Health*. 2015;15(159):1-7.
- 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. *J Eur Urgences Réanimation*. 2016;61(5):125-41.
- Vijayan AS, Jayarajan J, Fathima BN, Shaj F. Detecting Child Abuse and Neglect : Are Dentists doing enough to reveal the " Dirty Secret ". *Int J Prev Clin Dent Res*. 2014;1(4):85-92.

Woollett N, Thomson K. Understanding the intergenerational transmission of violence. S Afr Med J. 2016;106(11):1068-70.

Yüce M, Karabekiroglu K, Yildirim Z, Şahin S, SAPMAZ D, Babadagl Z, et al. The Psychiatric Consequences of Child and Adolescent Sexual Abuse. Nöro Psikiyatri Arş. déc 2015;52(4):393-9.

Code pénal. Article 223-6. Modifié par LOI n°2018-703 du 3 août 2018 - art. 5. 2018

Code pénal. Article 226-13. Modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002. 2002

Code pénal. Article 226-14. Modifié par LOI n°2015-1402 du 5 novembre 2015 - art. 1. 2015a

Code pénal. Article 227-17. Modifié par Ordonnance n°2005-759 du 4 juillet 2005 - art. 19 JORF 7 juillet 2005 en vigueur le 1er juillet 2006. 2006

Code de l'action sociale et des familles. Article L226-2-2. Créé par Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 - art. 15 JORF 6 mars 2007. 2007b

LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. 2007a

LOI n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé. 2015b.

LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

LOI n° 2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes.

## **BIBLIOGRAPHIE ELECTRONIQUE**

Ameli. M<sup>T</sup> Dents [Internet]. Ameli.fr. 2019 [consulté le 27 septembre 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/exercice-liberal/services-patients/dents>

American Dental Association (ADA). Report of the Council on Ethics, Bylaws and Judicial Affairs on Advisory Opinion 3.E.1: reporting abuse and neglect. [Internet]. 2012 [consulté le 19 mai 2019]. Disponible sur : [https://www.ada.org/~media/ADA/About%20the%20ADA/Files/final\\_report\\_on\\_3e1.pdf?la=en](https://www.ada.org/~media/ADA/About%20the%20ADA/Files/final_report_on_3e1.pdf?la=en)

Brandon M, Sidebotham P, Bailey S, Belderson P, Hawley C, Ellis C, et al. New learning from serious case reviews - a two year report for 2009-2011 [Internet]. 2012 [consulté le 8 mai 2019]. Disponible sur: [https://www.researchgate.net/publication/265076472\\_New\\_learning\\_from\\_serious\\_case\\_reviews\\_a\\_two\\_year\\_report\\_for\\_2009-2011](https://www.researchgate.net/publication/265076472_New_learning_from_serious_case_reviews_a_two_year_report_for_2009-2011)

Bui E, Malbec V, Manaouil C. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences - Recommandations [Internet]. 2011 [consulté le 3 janvier 2019]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/certificat\\_medical\\_initial\\_concernant\\_une\\_personne\\_victime\\_de\\_violences\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/certificat_medical_initial_concernant_une_personne_victime_de_violences_-_recommandations.pdf)

Child welfare. About CAPTA: A Legislative History [Internet]. 2019 [consulté le 22 juillet 2019]. Disponible sur: <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/about.pdf>

Décis S, Hatem F, Brunel L, Leseigneur O. Agir contre la maltraitance-guide juridique à l'usage des professionnels de l'enfance.pdf [Internet]. 2014 [consulté le 10 janvier 2019]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014\\_guide\\_juridique\\_agir\\_contre\\_la\\_maltraitance\\_leger\\_1\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014_guide_juridique_agir_contre_la_maltraitance_leger_1_.pdf)

Delprat L. Quand les parents manquent à leurs obligations légales [Internet]. services.gazette-sante-social.fr. 2006 [consulté le 24 septembre 2019]. Disponible sur: <http://services.gazette-sante-social.fr/juridique/bilans-de-jurisprudence-quand-les-parents-manquent-a-leurs-obligations-legales-1238.html?recherche=1>

Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF). Un visage familial : la violence dans la vie des enfants et des adolescents. [Internet]. 2017 [consulté le 22 septembre 2019]. Disponible sur: [https://unicef.hosting.augure.com/Augure\\_UNICEF/r/ContenuEnLigne/Download?id=106004F4-BE6E-49B9-96FC-FBF872EE9B62&filename=Rapport%20Violences%20un%20visage%20familier.pdf](https://unicef.hosting.augure.com/Augure_UNICEF/r/ContenuEnLigne/Download?id=106004F4-BE6E-49B9-96FC-FBF872EE9B62&filename=Rapport%20Violences%20un%20visage%20familier.pdf)

Haute Autorité de santé (HAS). Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [Internet]. 2017 [consulté le 15 mars 2018]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche\\_memo\\_maltraitance\\_enfant.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf)

Haute Autorité de santé (HAS). Outil d'aide au signalement de la maltraitance chez les enfants - Arbre décisionnel [Internet]. 2017 [consulté le 12 juin 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir)

Joyce T, Huecker MR. Pediatric Abusive Head Trauma (Shaken Baby Syndrome) [Internet]. Treasure Island (Floride): StatPearls Publishing; 2018 [consulté le 15 octobre 2018]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499836/>

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano-Ascensio R. Rapport mondial sur la violence et la santé [Internet]. 2002 [consulté le 4 octobre 2018]. Disponible sur: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/fr/full\\_fr.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/full_fr.pdf)

Labbé J. La détection de la maltraitance par des intervenants dentaires [Internet]. 2009 [consulté le 3 octobre 2018]. Disponible sur: [http://www.dumpio.fr/\\_media/labbe.-la-detection-de-la-maltraitance-par-des-intervenants-dentaire.pdf](http://www.dumpio.fr/_media/labbe.-la-detection-de-la-maltraitance-par-des-intervenants-dentaire.pdf)

Ministère de la santé et des Solidarités. Le guide pratique de la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation [Internet]. 2007 [consulté le 25 février 2019]. Disponible sur: [https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/02/2011\\_guideprat\\_cellule\\_depart.pdf](https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/02/2011_guideprat_cellule_depart.pdf)

Observatoire national de l'enfance en danger (ODAS). L'évolution de l'enfance en danger en 1996 [Internet]. 1997 [consulté le 22 septembre 2018]. Disponible sur: [http://odas.net/IMG/pdf/199711\\_lettreEnfanceSp\\_Nov97.pdf](http://odas.net/IMG/pdf/199711_lettreEnfanceSp_Nov97.pdf)

Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE). Chiffres clés en protection de l'enfance portant sur l'année 2017 [Internet]. 2017 [consulté le 22 septembre 2019]. Disponible sur: [https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note\\_chiffres\\_cles\\_annee\\_2017.pdf](https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffres_cles_annee_2017.pdf)

Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD). Secret professionnel [Internet]. [ordre-chirurgiens-dentistes.fr](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr). 2019 [consulté le 10 septembre 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/divers/secret-professionnel.html>

Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD). Code de déontologie dentaire - Article R4127-206 [Internet]. 2009 [consulté le 10 septembre 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/relations-patients/signalement-des-maltraitements.html>

Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD). Code de déontologie dentaire - Article R4127-207 [Internet]. 2009 [consulté le 10 septembre 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/relations-patients/signalement-des-maltraitements.html>

Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD). Code de déontologie dentaire - Article R4127-235 [Internet]. 2009 [consulté le 10 septembre 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/relations-patients/signalement-des-maltraitements.html>

Organisation des Nations Unies (ONU). Convention Internationale des Droits de l'Enfant.pdf [Internet]. 1989 [consulté le 22 septembre 2019]. Disponible sur: <https://www.humanium.org/fr/wp-content/uploads/convention-internationale-relative-aux-droits-de-l-enfant-integral.pdf>

Organisation mondiale de la santé (OMS). Rapport : consultation sur la prévention de la maltraitance de l'enfant [Internet]. 1999 [consulté le 5 janvier 2018]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66790>

Organisation mondiale de la santé (OMS). Inspire : Sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants [Internet]. 2016 [consulté le 9 avril 2018]. Disponible sur: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/inspire/fr/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/fr/)

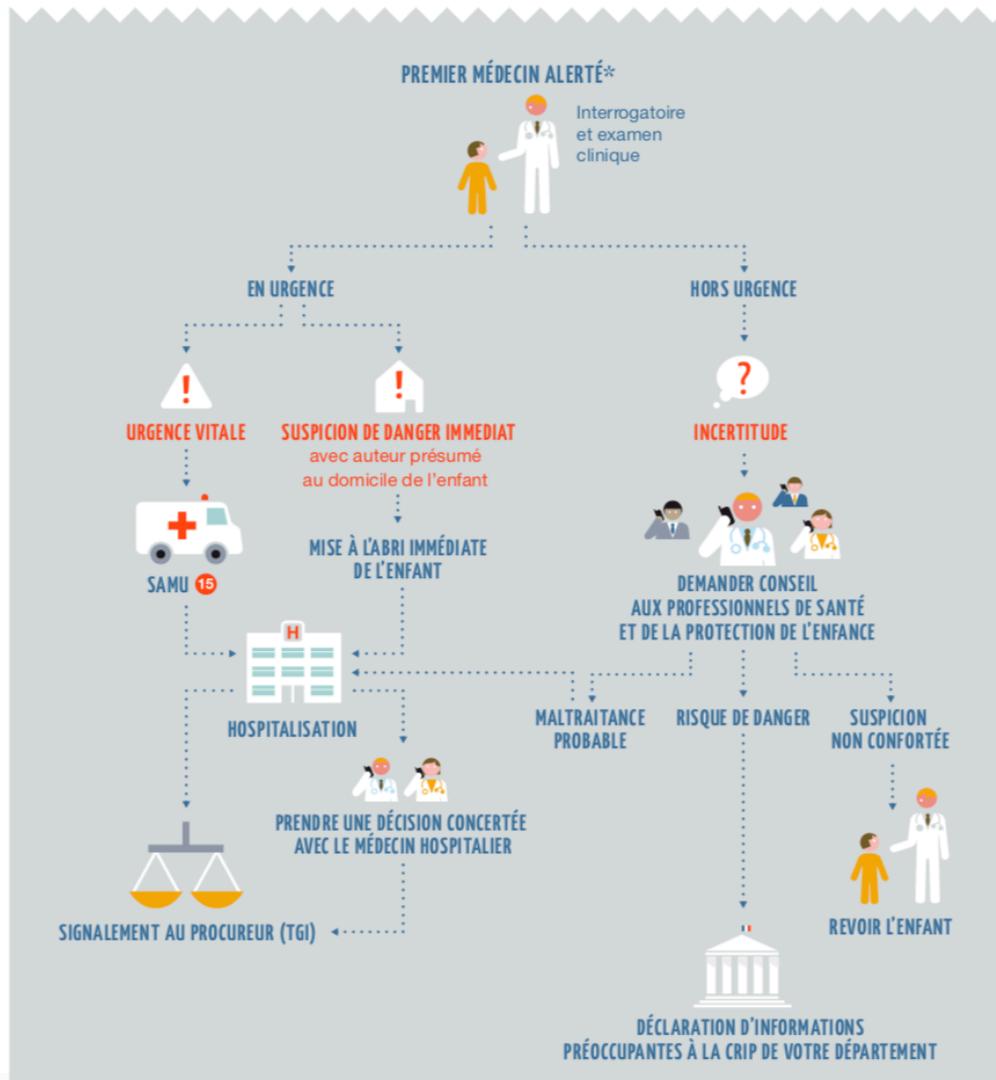
Sethi D, World Health Organization, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, et al. Rapport européen sur la prévention de la maltraitance des enfants [Internet]. 2013 [consulté le 5 janvier 2019]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/european-report-on-preventing-child-maltreatment-2013>

Sibertin-Blanc D, Vidailhet C. Maltraitance et enfance en danger .pdf [Internet]. 2008 [consulté le 1 janvier 2019]. Disponible sur: <http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module03/15.%20MALTRAITANCE%203-37.pdf>

Stephen A. J, Deinard AS. Child abuse and neglect : Implications for the dental Professional [Internet]. 2016 [consulté le 20 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.dentalcare.com/en-us/professional-education/ce-courses/ce49>

Yellen CN. Abuse : Mandated Reporting for Dental Professionals [Internet]. 2009 [consulté le 5 mai 2018]. Disponible sur: [https://www.researchgate.net/publication/287114898\\_Abuse\\_mandated\\_reporting\\_for\\_dental\\_professionals](https://www.researchgate.net/publication/287114898_Abuse_mandated_reporting_for_dental_professionals)

# Repérage et signalement de la maltraitance des enfants



**Annexe 1 : Conduite à tenir du professionnel de santé face à de la maltraitance infantile (Haute Autorité de santé (HAS) 2017)**

## Annexe 2 : Questionnaire adressé aux chirurgiens-dentistes

### A/ Profil des Chirurgiens-dentistes

- 1) Vous êtes :  un homme  une femme
- 2) Quel âge avez-vous ? ...
- 3) Depuis combien de temps exercez-vous ?  
 >10 ans  5-10 ans  1- 5 ans
- 4) Vous êtes généralistes / spécialistes, si oui laquelle ?  
 Omnipraticiens  
 Spécialistes - A préciser : ...
- 5) Soignez-vous beaucoup d'enfants ? En moyenne combien par semaine ? ...
- 6) Dans quel milieu exercez-vous votre activité professionnelle ?  
 Rural  
 Urbain  
 Péri-urbain
- 7) Avez-vous reçu une formation sur la maltraitance ?  
 Pendant la formation initiale  
 Pendant la formation continue  
 Aucune formation
- 8) Vous sentez-vous concerné(e) par le problème de la maltraitance en tant que professionnel de santé ?  
 Oui  
 Non  
 Ne se prononce pas

### B/ Connaissances des chirurgiens-dentistes sur la maltraitance

- 9) Quelles sont les situations relevant de la maltraitance selon vous ? (Plusieurs choix possibles)  
 Violences physiques  
 Violences psychologiques  
 Violences sexuelles  
 Négligence
- 10) Selon vous quelle est la population la plus touchée par la maltraitance ?  
 Population aisée  
 Population défavorisée  
 Toutes populations confondues indépendamment le niveau socio-économique
- 11) Quels sont d'après vous les patients les plus souvent victimes de maltraitance ?  
 Hommes  
 Femmes  
 Enfants 0-6 ans  
 Enfants 6-11 ans  
 Enfants 12- 15 ans  
 Personnes âgées  
 Personnes handicapées

12) Existe-t-il un numéro spécifique pour informer ou signaler une maltraitance ? A préciser dans autre si vous le connaissez.

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas
- Autre : ...

13) Après de qui effectueriez-vous un signalement de maltraitance si vous en suspectez un ? Plusieurs choix possibles

- Police
- Procureur de la république
- Président du conseil départemental (CRIP)
- Référénts du CNO : violences faites à autrui
- Juge pour enfants
- Directeur d'école
- Assistante sociale

### **C/ Exercice quotidien et maltraitance**

14) Lors de votre anamnèse médicale, recherchez-vous de manière spécifique des signes quelconques de maltraitance ou de violence domestique ?

- Toujours
- Régulièrement
- Rarement
- Jamais
- Ne se prononce pas

15) Avez-vous déjà rencontré ou suspecté un ou des cas de maltraitance infantile au cours de vos années de pratique ?

- Oui
- Non

**Si vous venez de répondre non, passez directement à la question 22**

16) Quels âges avaient les victimes de maltraitance que vous avez suspectés et/ou rencontrés ?

- Enfants 0-6 ans
- Enfants 6-11 ans
- Enfants 12- 15 ans

17) Quels sont les signes ayant alerté ou attiré votre attention ?

- Lésions oro-faciales (visage, bouche) : ...
- Lésions sur une autre partie du corps (cou, mains, jambes) : ...
- Négligence bucco-dentaire
- Comportement inhabituel ou suspect de la victime : ...
- Comportement inhabituel de l'entourage de la victime : ...
- Présence de brûlures ou morsures
- Aveu de la victime

18) Comment s'est comporté la personne (présumée) maltraitée lors des soins ?

- Coopérant (e)
- Peu coopérante (e)
- Agressif (ve)
- Stoïque

19) Quelle a été votre attitude devant un cas de maltraitance suspecté ou avéré ? Plusieurs choix possibles

- Je discute avec le (la) patient(e) sans pouvoir l'orienter
- Je discute avec le (la) patient(e) et je sais l'orienter précisément vers des professionnels ou des centres de soutien
- J'en discute avec un confrère sans suite à donner
- J'appelle un autre praticien médical (médecin traitant, psychologue) : ...
- Je contacte la police ou la gendarmerie
- Je contacte l'école ou l'institutrice
- Je contacte les services sociaux
- Je recherche des informations dans la littérature ou sur internet

20) Si vous n'avez rien fait, pouvez-vous m'expliquer pourquoi ? Plusieurs choix possibles

- Crainte que la situation ne s'envenime
- Peur de représailles de la part des parents
- Peur de perdre la relation de confiance avec les parents et l'enfant
- Incertitude du diagnostic de maltraitance : peur de se tromper
- Incertitude sur les conséquences pour l'enfant d'une démarche de signalement
- Manque de compétences et de connaissances sur le sujet de la maltraitance,
- Manque de connaissance sur les devoirs du chirurgien-dentiste concernant la maltraitance
- Manque de temps pour agir
- Ne se prononce pas

21) Dans les cas suspectés ou rencontrés de maltraitance, avez-vous cherché à savoir lors des rendez-vous suivants si votre patient avait trouvé de l'aide ?

- Oui
- Non, je n'ai pas eu le temps
- Non, j'ai oublié

#### **D/ Formation et maltraitance**

22) Estimez-vous vous compétent pour déceler une maltraitance ?

- Oui
- Insuffisamment
- Non
- Ne se prononce pas

23) Vous sentez-vous capable d'orienter une victime potentielle ?

- a.  Oui
- b.  Non
- c.  Ne se prononce pas

24) Souhaitez-vous être mieux formé sur la détection et la prise en charge de la maltraitance ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

**25) Quels sont selon vous les thèmes à aborder ou à approfondir dans le cadre d'une formation sur la maltraitance ? Plusieurs choix possibles**

Détection de la maltraitance par le chirurgien-dentiste (signes, lésions, comportement associé...) :

Cadre médico-légal (signalements, droits et obligations du chirurgien-dentiste, rédaction de certificats médicaux...) :

Connaissance sur les réseaux de soins, services de victimologie, associations, numéros de téléphones et sites internet utiles :

Approche psychologique et accompagnement des victimes :

Prise en charge des lésions oro-faciales et/ou dentaires associées à la maltraitance :

Ne se prononce pas

**26) Pour vous le chirurgien-dentiste a-t-il un rôle à jouer dans la prévention et la détection de la maltraitance ?**

Oui

Non

Ne se prononce pas

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

**ZERBIB Marine. Dépistage et rôle du chirurgien-dentiste dans le combat contre la maltraitance infantile. Revue de littérature et enquête auprès des chirurgiens-dentistes d'Ile-de-France. 2019. 93 p. : ill., graph., tabl.. Réf. Biblio. : p. 82- 87**

**Sous la direction de Maître Laurent DELPRAT et du Pr Sylvie AZOGUI-LEVY**

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

---

**RESUME :**

La maltraitance infantile touche des milliers d'enfants en France. Étant donné la fréquence importante des lésions oro-faciales et des récentes politiques publiques de protection de l'enfance, nous nous sommes interrogés sur le rôle primordial du chirurgien-dentiste dans la détection et la prise en charge de ces violences au cabinet dentaire. Une revue de la littérature a de ce fait été réalisée pour appréhender les connaissances et l'attitude du chirurgien-dentiste face à des cas de maltraitance infantile.

Pour illustrer cette revue, nous avons réalisé une étude auprès des praticiens d'Ile-de-France afin d'évaluer la sensibilisation face à ce problème de santé publique. Alors même que 49 % des praticiens interrogés ont eu des soupçons ou des cas avérés de maltraitance au cours de leur carrière, seulement 8 % d'entre eux ont décidé d'agir. Plus de 90 % des dentistes se déclarent incompetents pour déceler une maltraitance infantile. De ce fait, de nombreuses lacunes subsistent et il est nécessaire de mettre en place des formations et des actions de sensibilisation pour que les chirurgiens-dentistes deviennent des acteurs de la protection de l'enfance.

---

**TITRE en anglais : Screening and roles of the dentist in the fight against child abuse. Review of the literature and survey of dentists in Ile-de-France**

---

**DISCIPLINE : DROIT MEDICAL**

---

**MOTS-CLES Français :** Maltraitance des enfants (FMeSH), dentistes (FMeSH), protection de l'enfance (FMeSH), déclaration obligatoire (FmeSH), comportement (FMeSH) sensibilisation

---

**MOTS-CLES Anglais :** Child abuse (MeSH) ; dentists (MeSH), child welfare (MeSH), mandatory reporting (MeSH), behavior (MeSH), awareness