



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON I
U.F.R. D'ODONTOLOGIE**

Année 2021

THESE N° 2021 LYO 1D 001

**T H E S E
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

**Présentée et soutenue publiquement le :
15 Janvier 2021 à 11h00**

par

Arnaud GOSSE

Né le 8 septembre 1995, à Guilhaing-Granges (07)

**NÉGLIGENCES ET MALTRAITANCES INFANTILES : DÉTECTION ET PRISE EN
CHARGE PAR LE CHIRURGIEN-DENTISTE**

JURY

Madame la Professeure Béatrice THIVICHON-PRINCE

Président

Madame la Professeure Kerstin GRITSCH

Assesseur

Monsieur le Professeur Jean-Jacques MORRIER

Assesseur

Madame la Docteure Guillemette LIENHART

Assesseur



UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Administrateur provisoire	M. le Professeur F. FLEURY
Président du Conseil Académique	M. le Professeur H. BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	M. le Professeur D. REVEL
Vice-Président de la Commission Recherche	M. le Professeur J.F MORNEX du Conseil Académique
Vice-Président de la Commission Formation Vie Universitaire	M. le Professeur P. CHEVALIER du Conseil Académique

SECTEUR SANTE

Faculté de Médecine Lyon Est	Directeur : M. le Professeur G. RODE
Faculté de Médecine et Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux	Directeur : Mme la Professeure C. BURILLON
Faculté d'Odontologie	Directrice : Mme. la Professeure D. SEUX
Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologique Directrice :	Mme la Professeure C. VINCIGUERRA
Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation	Directeur : M. X. PERROT, Maître de Conférences
Département de Formation et Centre de Recherche en Biologie Humaine	Directrice : Mme la Professeure A.M. SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR des Sciences et Techniques des Professeur Agrégé Activités Physiques et Sportives	Directeur : M. Y. VANPOULLE,
---	------------------------------

Institut Universitaire de Technologie Lyon 1

Directeur : M. le Professeur C. VITON

POLYTECH LYON

Directeur : M. E. PERRIN

Institut de Science Financière

et d'Assurances

Directeur : M. N. LEBOISNE, Maître de Conférences

INSPE

Administrateur provisoire :

M. P. CHAREYRON

Observatoire de Lyon

Directrice : Mme la Professeure I. DANIEL

CPE

Directeur : M. G. PIGNAULT

GEP

Administratrice provisoire:

Mme R. FERRIGNO

Informatique (Département composante)

Directeur : M. B. SHARIAT

Mécanique (Département composante)

Directeur : M. M. BUFFAT

UFR FS (Chimie, mathématique, physique)

Administrateur provisoire :

M. B. ANDRIOLETTI

UFR Biosciences (Biologie, biochimie)



FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON

Doyenne : Mme Dominique SEUX, Professeure des Universités
Vices-Doyens : M. Jean-Christophe MAURIN, Professeur des Universités
Mme Béatrice THIVICHON-PRINCE, Professeure des Universités

SOUS-SECTION 56-01 : ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Professeur des Universités : M. Jean-Jacques MORRIER
Mme Béatrice THIVICHON-PRINCE

Maître de Conférences : Mme Sarah GEBEILE-CHAUTY,
Mme Claire PERNIER,

Maître de Conférences Associée Mme Christine KHOURY

SOUS-SECTION 56-02 : PREVENTION - EPIDEMIOLOGIE ECONOMIE DE LA SANTE - ODONTOLOGIE LEGALE

Professeur des Universités M. Denis BOURGEOIS
Maître de Conférences M. Bruno COMTE
Maître de Conférences Associé M. Laurent LAFOREST

SOUS-SECTION 57-01 : CHIRURGIE ORALE – PARODONTOLOGIE – BIOLOGIE ORALE

Professeur des Universités : M. J. Christophe FARGES, Mme Kerstin
GRITSCH

Maîtres de Conférences : Mme Anne-Gaëlle CHAUX
M. Thomas FORTIN,
M. Arnaud LAFON
M. François VIRARD

Maître de Conférences Associé M. BEKHOUCHE Mourad

SOUS-SECTION 58-01 :

**DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE,
PROTHESE, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE,
BIOMATERIAUX**

Professeurs des Universités :

M. Pierre FARGE
Mme Brigitte GROSGOGEAT,
M. Jean-Christophe MAURIN
Mme Catherine MILLET
M. Olivier ROBIN
Mme Dominique SEUX
M. Cyril VILLAT

Maîtres de Conférences :

M. Maxime DUCRET
M. Patrick EXBRAYAT
M. Christophe JEANNIN
Mme Marion LUCCHINI
M. Renaud NOHARET
M. Thierry SELL
Mme Sophie VEYRE
M. Stéphane VIENNOT
M. Gilbert VIGUIE

Maîtres de Conférences Associés

M. Hazem ABOUELLEIL,

**SECTION 87 :
ET CLINIQUES**

SCIENCES BIOLOGIQUES FONDAMENTALES

Maître de Conférences

Mme Florence CAR

Remerciements :

À notre présidente du Jury,

Madame la Professeure Béatrice THIVICHON-PRINCE,
Professeure des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon
Praticien-hospitalier
Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur de l'Université Lyon 1
Habilitée à Diriger des Recherches
Vice-Doyen à l'UFR d'Odontologie de Lyon

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury, vous choisir était pour moi une évidence. Votre pédagogie et votre bonne humeur ont été d'une aide précieuse pour le déroulement de ces années d'études. Votre contact particulièrement doux avec les enfants lors des vacations d'Odontologie Pédiatrique m'a beaucoup inspiré.

*Veillez trouver ici l'expression de mon admiration et de mon plus grand respect à
votre rencontre.*

À notre directeur de Thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Jacques Morrier,

Professeur des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon

Praticien-Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Maître en Biologie Humaine

Docteur de l'Université Lyon 1

Habilité à Diriger des Recherches

Responsable de la sous-section Odontologie Pédiatrique

Je vous remercie infiniment d'avoir accepté d'être le directeur de cette thèse. Votre implication et votre enthousiasme m'ont beaucoup aidé lors de la réalisation de ce travail. Lors de ces années, assister à vos cours et participer à vos vacations d'Odontologie Pédiatrique au Centre de Soins Dentaires ont été un honneur et un plaisir. Vous m'avez donné un intérêt certain pour la pédodontie, ce pour quoi j'ai effectué ma thèse d'exercice dans ce domaine.

Soyez assuré de mon respect et de ma plus profonde reconnaissance à votre égard.

À notre membre du jury,

Madame la Professeure Kerstin GRITSCH,

Professeure des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon

Praticien-Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Lyon 1

Responsable de la sous-section Parodontologie

Habilitée à Diriger des Recherches

Je vous remercie d'avoir accepté si promptement et agréablement d'être membre de ce jury. Je n'imaginai pas celui-ci sans vous. J'ai beaucoup apprécié votre gentillesse et votre bienveillance avec les étudiants. Je regrette de ne pas avoir participé à vos vacances cliniques mais je suis très heureux de vous avoir eu en cours et d'avoir pu apprécier à ce point l'apprentissage de la parodontologie.

Veillez trouver dans ces lignes l'expression de ma gratitude et de mes sentiments les plus respectueux.

À notre membre du jury,

Madame la Docteure Guillemette LIENHART,

Assistant hospitalo-universitaire au CSERD de Lyon

Docteur en Chirurgie Dentaire

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury. J'ai eu la chance de vous avoir eu comme enseignante lors de mes vacances d'Odontologie Pédiatrique en 5^e année et ce fut un réel plaisir. J'ai beaucoup apprécié vos conseils et votre pédagogie, qui ont rendu très agréable cet apprentissage clinique. De ce fait, il était important pour moi que vous fassiez partie de ce jury.

Veillez accepter l'assurance de mon estime et de mon profond respect à votre égard.

Table des matières :

I. Introduction.....	1
II. Le point sur les négligences et maltraitements infantiles.....	2
a) Histoire.....	2
1. Une longue période d'acceptation.....	2
2. Des formes de maltraitements diverses.....	3
A. L'enfant non désiré.....	3
B. L'emballotement.....	3
C. L'allaitement mercenaire.....	4
D. Les intoxications médicamenteuses.....	5
E. Les abus physiques.....	5
F. Les abus sexuels.....	5
G. Les abus psychologiques.....	6
H. L'exploitation au travail.....	6
3. Philosophie des lumières et évolution des mentalités.....	7
4. Du XIXe siècle à nos jours : Vers une reconnaissance juridique et médicale des maltraitements infantiles.....	8
b) Définitions.....	11
1. Définition de l'OMS.....	11
2. Définition de la HAS.....	12
3. Loi du 5 mars 2007.....	12
c) Les formes de maltraitance et négligences.....	13
1. Mauvais traitement par commission.....	13
A. Violences physiques.....	13
B. Violences sexuelles.....	14
C. Violences psychologiques.....	15
D. Formes particulières.....	16
2. Mauvais traitement par omission : Négligence.....	17
A. Négligences physiques.....	17
B. Négligences médicales.....	18
C. Négligences éducatives.....	18
d) Réalité actuelle de l'enfance en danger.....	18
1. Opinions publiques et idées reçues.....	18
2. Données épidémiologiques.....	19
A. Données de l'ONPE.....	19
B. Données de l'ONDRP.....	20
C. Etude du BEH.....	20
D. Données de l'OMS.....	20
e) Conséquences.....	21
1. Conséquences émotionnelles et affectives.....	21
2. Conséquences sociales.....	21
3. Conséquences neurophysiologiques.....	22
4. Conséquences physiques.....	22
5. Conséquences cognitives.....	23
III. Dépistage des maltraitements sur mineurs et des négligences bucco-	
 dentaires.....	24
a) Facteurs de risque.....	24

1. Facteurs liés à l'enfant.....	24
2. Facteurs liés aux parents.....	25
3. Facteurs familiaux.....	25
4. Facteurs socio-économiques et culturels.....	26
5. Facteurs temporels.....	28
b) Signes évocateurs.....	28
1. Anamnèse.....	28
2. Examen général.....	29
A. Ecchymoses.....	30
B. Brûlures.....	31
C. Morsures.....	32
D. Atteinte des phanères.....	32
3. Examen oral et péri-oral.....	33
A. Lèvres.....	33
B. Dent et parodonte.....	34
C. Muqueuses.....	35
4. Examen radiologique.....	36
5. Séquelles psycho-sociales et comportementales.....	38
c) Diagnostic différentiel.....	39
1. Ecchymoses.....	39
2. Brûlures.....	40
3. Morsures.....	41
4. Alopécie.....	41
5. Lésions endo-buccales.....	41
6. Fractures osseuses.....	42
7. Pratiques culturelles.....	42

IV. La protection de l'enfant.....43

a) Définition.....	43
b) La protection de l'enfant dans le monde.....	44
c) La protection de l'enfant en France.....	45
1. Cadre légal.....	45
2. La protection de l'enfant : une responsabilité à 3 niveaux.....	48
A. La protection parentale.....	48
B. La protection administrative.....	48
C. La protection judiciaire.....	48
3. Les 3 missions de la protection de l'enfant	49
A. La prévention.....	49
B. Le repérage.....	50
C. Les décisions administratives et judiciaires.....	53
4. Les différents acteurs.....	53
d) Vers de nouvelles pistes pour améliorer la protection de l'enfant.....	54
1. Concertation sur la protection de l'enfant du 27 mars 2019.....	55
2. Améliorer les connaissances statistiques.....	56

V. La prise en charge par le chirurgien-dentiste.....58

a) Le chirurgien-dentiste et la protection de l'enfant : les obstacles en pratique clinique	58
b) Législation et déontologie.....	59
1. Le secret médical.....	59
2. Les limites du secret médical.....	60
A. La levée du secret professionnel.....	60
B. L'obligation de signalement pour les mauvais traitements et atteintes sexuelles sur mineurs.....	60
C. L'obligation de dénoncer un crime	61

c) Conduite à tenir.....	62
1. L'information préoccupante.....	62
2. Le signalement.....	64
3. Le certificat médical initial.....	65
4. La prise en charge des négligences bucco-dentaires.....	67

VI. Conclusion.....	70
----------------------------	-----------

VII. Bibliographie.....	72
--------------------------------	-----------

VIII. Annexes.....	84
---------------------------	-----------

I. Introduction :

Le chirurgien-dentiste a aujourd'hui une certaine responsabilité vis-à-vis de l'identification et la prise en charge des maltraitances infantiles. Son contact rapproché et régulier avec les enfants le renseigne constamment sur leur état physique, psychologique et comportemental. Certains signes peuvent l'alerter et doivent absolument être déclarés en cas de maltraitances avérées. Les sévices physiques, sexuels, psychologiques ainsi que la négligence bucco-dentaire entraînent de lourdes conséquences chez les enfants victimes et, lorsqu'ils sont reconnus, sont punis par la loi.

Ces événements demeurent aujourd'hui relativement fréquents. En effet, 14% des français déclarent avoir été victime de maltraitance au cours de leur enfance, et 45% suspectent au moins un cas de maltraitance dans leur environnement immédiat [1]. Malgré les soupçons, 22% des témoins affirment n'avoir rien fait pour protéger les victimes. La maltraitance est également identifiée comme un sujet difficile à aborder : 72% des français le considèrent encore comme « tabou ». [2]

Quel rôle endosse le chirurgien-dentiste vis à vis de ce fléau ? Quels sont les signes évocateurs que le chirurgien-dentiste doit identifier ? Quand peut-on parler de négligence ou de sévices ? Quelle conduite à tenir doit-il adopter face à de tels événements ?

Afin de répondre à ces interrogations, une mise au point sur ces maltraitances et ce qu'elles représentent sera premièrement réalisé.

En second lieu sera développé l'aspect clinique du dépistage, les différents signes que peut observer le chirurgien dentiste lors de ses examens.

Par la suite une explication du système de protection de l'enfance sera réalisée et une réflexion sur l'amélioration de celui ci sera effectuée.

Enfin, la prise en charge par le chirurgien-dentiste sera étudiée, sous son aspect légal, déontologique et pratique.

II. Le point sur les négligences et maltraitements infantiles

a) Histoire :

1. Une longue période d'acceptation

La notion de maltraitance, définie aujourd'hui par un mal fait à un individu faible qui aurait mérité une protection, est relativement récente. [3] En effet, la prise de conscience de la nécessité d'une lutte contre les maltraitements ne remonte qu'au XVIII^e siècle. [4]

Depuis les origines et jusqu'au siècle de lumière, ces pratiques étaient acceptées. Dans l'empire romain, au temps du paganisme, les enfants n'ont aucun droit légal tant que leur père est vivant et sont considérés comme inférieurs aux adultes. [5]

Les châtiments corporels ont longtemps été utilisés dans le but d'éduquer et de corriger un être. Une manière d'inculquer à la descendance les valeurs morales et le respect de l'autorité parentale. [6] L'enfant était façonné selon les règles de la société dans lequel il vivait. Les violences perpétrées à l'égard des enfants étaient encouragées par les représentations sociales, ils étaient considérés comme faibles, particulièrement par les ecclésiastiques. Ils étaient vus comme porteur du péché originel et donc considérés comme mauvais dès la naissance. D'après Augustin, père de l'Eglise du Ve siècle, les enfants devaient être battus pour obtenir le salut. [7]

Les clercs et hommes d'Eglise enseignaient les valeurs morales de l'époque, celles qui permettaient de gagner le ciel. Les enfants étaient élevés selon une discipline stricte, mais différemment en fonction du milieu social et de l'individu. Les garçons de lignée aristocratiques destinés à une carrière militaire avaient une éducation plus rude. [6] Au sein d'une même famille aussi, les enfants étaient traités en fonction du rang de naissance : l'aîné devait rester au chevet de ses parents, on en faisait donc un enfant attaché et soumis, tandis que les cadets devaient quitter la maison et étaient endurcis pour se préparer à la vie en société. Les enfants étaient souvent contraints à un avenir déterminé par leurs parents, et à une éducation brutale. [6] Les maltraitements n'étaient pas pour autant systématiques et cela ne veut pas dire que les parents n'aimaient pas leurs enfants. Au contraire, certaines

pratiques, comme l'emmaillotement ou la mise en nourrice, bien que condamnables aujourd'hui, avaient pour but de protéger l'enfant.

2. Des formes de maltraitances diverses

A. L'enfant non désiré [4]

Avant l'arrivée du christianisme, les Romains avaient pour coutume de laisser au père de famille le choix d'accepter le nouveau né ou non. La mère n'avait aucun droit et devait respecter cette décision. L'enfant était alors reconnu ou abandonné aux portes du logis. [8] L'influence considérable de l'Eglise catholique avait aussi des répercussions sur la planification familiale. En effet, hormis l'abstinence sexuelle, la contraception était condamnée et l'avortement interdit. Par conséquent, bon nombre de grossesses étaient non désirées. L'arrivée inattendue d'un nouveau membre de la famille et d'une nouvelle bouche à nourrir était souvent mal vue. La venue au monde d'une fille était problématique, car l'enfant était inapte au travail et une dot devait être payée pour la marier. Les enfants illégitimes étaient également redoutés car source de déshonneur pour la famille, et les femmes ayant « fauté » étaient rejetées par leur communauté et perdaient toute chance de se marier. Le risque lié aux enfants illégitimes était alors si important, que ces enfants étaient souvent victimes d'infanticides et d'abandon aux portes des hôpitaux, des églises et dans les « tourniquets » placés devant les couvents. [8][9]

Ces enfants, s'ils parvenaient à survivre malgré un taux de mortalité entre 50 et 90%, conservait à vie le stigmate de « bâtard » et d'« enfant du péché ».

B. L'emmaillotement [4]

En Occident, depuis l'Antiquité et jusqu'au XXe siècle, l'emmaillotement a été une pratique utilisée sur les nourrissons pendant leur première année de vie. [10] Les bébés étaient enveloppés intégralement avec des bandages, et cela devait permettre de les faire pousser

droit et les empêcher de se gratter les yeux, s'arracher les oreilles et de se mettre à quatre pattes comme les animaux. Les enfants emmaillotés étaient plus tranquilles, il était possible de les accrocher au mur par un clou et donc plus facile de les surveiller. [11] Ainsi la mère pouvait vaquer à d'autres occupations. En réalité, ces enfants étaient emprisonnés dans ces bandages et contraints à demeurer pendant des heures en contact avec leurs excréments, ce qui provoquait de graves problèmes de peau.

C. L'allaitement mercenaire [4]

Parmi les maltraitements communs perpétrés à l'époque, l'allaitement mercenaire avait également une place importante dans la société.

La pratique de l'allaitement était considérée comme dégradante, assimilant les femmes à des bêtes qui mettaient en péril leur propre survie. Les enfants étaient alors allaités par une nourrice, généralement issue de milieu populaire. Initialement accueillis au sein des familles, c'est à dire une nourrice « sur lieu », les nourrices provenaient souvent des campagnes, et s'engageaient au service de riches familles citadines pour allaiter leurs enfants. Elles étaient alors éloignées de leurs familles et leurs enfants étaient confiés à des nourrices encore plus pauvres qu'elles. Puis un véritable système d'exploitation des femmes s'est mis en place et à commencer à s'exporter en milieu rural. Les nourrices étaient choisies par les familles, puis elles emmenaient l'enfant chez elles. Loin des miasmes de la ville et profitant de l'air pur, ces familles considéraient bénéfique que leur enfant parte. Cependant, les nourrices « au loin » rendaient compliquée les visites des parents et la surveillance, les enfants souffraient de conditions de vie défavorables, les exposant aux abus et aux négligences. Les conditions d'hygiène étaient catastrophiques, sans aucune préoccupation d'asepsie. Catherine Hiard, une nourrice particulièrement meurtrière du XVIIIe siècle, fut associée au décès de 17 enfants sur les 19 qui lui avaient été confiés. [9]

Ainsi la mortalité des enfants en nourrice était 2 à 3 fois supérieure par rapport aux enfants allaités par leur mère, et l'allaitement mercenaire provoqua une véritable hécatombe. Toujours au XVIIIe siècle, à Lyon, sur l'ensemble des enfants mis en nourrice par l'Hôtel-Dieu, 52 % meurent avant 6 ans et demi. [9]. De plus, l'éloignement de l'enfant pendant la période critique de l'attachement avait d'importantes conséquences psychologiques.

D. Les intoxications médicamenteuses [4]

Les pleurs excessifs des enfants conduisaient souvent les parents de l'époque à utiliser des calmants. Particulièrement au XIXe siècle, alcool, opium et morphine était couramment utilisés chez les enfants. Ils étaient en effet en vente libre via des préparations spécifiques. L'objectif était de garder les enfants silencieux au sein des foyers durant le jour et la nuit. Cette pratique causait de graves problèmes d'accoutumance et parfois même des décès.

E. Les abus physiques [4]

Si les médicaments n'étaient pas toujours efficaces pour obtenir le silence, l'usage de violences physiques était courant pour éduquer l'enfant. Si toutefois nos ancêtres ne toléraient pas plus que nous les violences faites aux enfants sans raison apparentes ou sous l'influence de la colère ou de l'alcool, celles commises dans un contexte éducatif et moralisateur étaient parfaitement acceptées. Il fallait obtenir coûte que coûte la soumission et l'obéissance de l'enfant face à la suprématie paternaliste et à l'autorité parentale. L'usage de fouets, de ceinturons et de bâtons était fréquent. A l'école, le maître remplaçait le père et utilisait le châtiment corporel comme outil d'apprentissage. La discipline corporelle a été omniprésente dans l'histoire, et demeure présente encore dans certains Etats où elle est pourtant interdite. [12]

F. Les abus sexuels [4]

D'après l'historien Georges Vigarello, le viol sur enfant est un « *crime souvent oublié des Mémoires, des récits littéraires et des romans* ». [13]

Les abus de nature sexuelles sont difficiles à estimer car il s'agissait de « secret de famille ». Certains facteurs ont pu encourager ces actes, tel que la promiscuité au sein des foyers, et le partage des lits entre adultes et enfants. En 1810, le code pénal institue un nouveau crime jusque là ignoré par la loi : l'attentat à la pudeur. [14]

En 1832, l'âge de consentement aux relations sexuelles était fixé à 11 ans, puis déplacé à 13 ans en 1863, pour enfin être maintenu à 15 ans en 1945. [15]

De 1825 à 1830, en moyenne 133 personnes ont été jugées chaque année pour viol et attentat

à la pudeur de mineurs de moins de 15 ans. Ce nombre a ensuite augmenté pour atteindre un maximum de 809 entre 1876 et 1880. [16]

Ainsi les enfants étaient mis au contact d'adultes sans protection particulière, afin de travailler dans les usines et les mines. Les enfants issus des orphelinats étaient également des proies faciles pour les prédateurs sexuels. Au milieu du XIXe siècle, on assiste même à un pic de prostitution juvénile. Des croyances populaires encourageaient les relations sexuelles avec de jeunes vierges qui soit disant avaient le pouvoir de guérir la syphilis. [17]

Ainsi les enfants étaient victimes de nombreuses formes de maltraitances, dont également des abus d'ordre psychologique.

G. Les abus psychologiques [4]

En effet, les parents n'hésitaient pas à traumatiser leur enfants afin d'augmenter l'impact de leur sermon. Les exécutions d'enfants avait une valeur dissuasive pour les autres enfants, les châtiments sur les places publiques ainsi que la vision de corps en putréfaction les effrayaient et appuyaient l'autorité parentale. [18]

De plus, les histoires d'épouvantes tel que le père fouettard ou le croque-mitaine constituaient une menace pour l'enfant désobéissant. [19][20]

Les violences conjugales auxquelles l'enfant était souvent exposé venaient renforcer la puissance paternelle qui permettait au mari de battre sa femme en toute légalité.

H. L'exploitation au travail [4]

De l'Antiquité et jusqu'au XIXe siècle, le travail des enfants n'était pas vu comme de la maltraitance. Les enfants participaient, autant que les adultes, à l'activité économique. Cela faisait partie de leur éducation et de leur socialisation. [21]

L'exploitation des enfants au travail avait des conséquences importantes sur leur santé physique et mentale, et entraînait parfois même la mort des enfants.

Jusqu'au XVIIIe siècle, les enfants aidaient leur parent à la ferme dès le plus jeune âge. Les garçons travaillaient dans les usines et les mines dès l'âge de 5 ans, et les filles étaient employées comme domestiques. Les journées de travail étaient identiques à celle des adultes,

15h par jour et 6 jours par semaine. En 1871, à Montréal, 20% des filles et 28% des garçons de moins de 16 ans travaillaient dans des manufactures. Les enfants étaient souvent contrôlés durant leurs heures de travail et sanctionnés financièrement et parfois physiquement en cas de faute. Vers 1840-1850, les enfants de moins de 14 ans représentaient 15 à 20% de la main-d'œuvre des manufactures et des usines. [22]

Au cours du XIXe siècle, dans les mines de la Loire, 3896 morts accidentelles ont été recensées, dont 573 étaient des jeunes de moins de 16 ans. [23]

3. Philosophie des lumières et évolution des mentalités

Ce n'est qu'à partir de la révolution du siècle des lumières et les premières déclarations des droits de l'Homme dans le monde que les mentalités commencent lentement à évoluer. En Angleterre, l'Habeas Corpus initie cette révolution dès 1679 en garantissant les libertés individuelles, et en agissant contre les arrestations et détention arbitraires. [24]

C'est une première rupture avec la domination morale de l'Eglise et la soumission à l'autorité divine. Le principe de l'égalité entre les êtres humains est posé. [6]

D'après Philippe Ariès, le XVIIe siècle marque l'époque où l'enfant passe du statut d'objet, d'« adulte miniature », au statut d'être fragile, transitoire, qu'il est nécessaire de comprendre : l'intérêt psychologique est né. [25][26]

Le 4 juillet 1776, la déclaration d'indépendance des Etats-Unis d'Amérique annonce que :

« Tous les hommes sont créés égaux ; ils sont doués par le Créateur de certains droits inaliénables ; parmi ces droits se trouvent la vie, la liberté et la recherche du bonheur ». [27][6]

La démocratie naissait en Amérique. En France, 13 ans plus tard, la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen proclame que *« Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droit ».* [28]

L'idéologie des lumières est alors installée. Celle qui refuse d'associer la religion à la vertu, celle qui refuse l'idée d'une vie de souffrance pour accéder au paradis. Une réhabilitation de la nature humaine désormais dissociée du péché originel est suggérée, en remplaçant le salut dans l'au-delà par une quête du bonheur individuel. [29][6]

Toutefois, seulement certaines catégories de la population ont pu accéder complètement à ces droits : les hommes, majeurs, payant leurs impôts. Si bien qu'en 1791, le suffrage censitaire

écarte du vote tout homme dont le total d'impôt direct ne dépasse pas un certain seuil. [30]

Les esclaves coloniaux sont déclarés libres en 1794 et retombent en servitude en 1802. Il faudra attendre 1848 pour assister à l'abolition de l'esclavage et permettre à tous les hommes de voter, et 1944 pour que les femmes aient aussi ce droit. [31][32][6]

Les enfants sont encore sous l'autorité du père, qui peut les corriger s'il le juge nécessaire, à condition de garder une certaine mesure. Sous l'Ancien Régime, les parents pouvaient supplier le roi d'enfermer leur enfant sous prétexte de mauvaise conduite. La disparition de ce pouvoir royal d'arbitrage intrafamiliale après la révolution a renforcé la puissance paternelle. Une puissance despotique et oppressive décrite par certains auteurs tel que Mirabeau et Brissot. Elle fut réglementée à partir de 1792 en altérant son action aux mineurs et en la supprimant aux majeurs. [6][33]

La philosophie des lumières glorifiait les lois naturelles, et mettait par conséquent en avant la vigueur et la force masculine. C'est donc au père qu'incombait la tâche du châtement corporel lorsque celui-ci s'avérait nécessaire. [6] Il a fallu beaucoup de temps avant que ce postulat soit remis en cause et que l'on considère ces pratiques comme de la maltraitance.

4. Du XIXe siècle à nos jours : Vers une reconnaissance juridique et médicale des maltraitances infantiles

Les premières actions ont concerné les abus institutionnels et l'exploitation des enfants au travail. [6] Au XIXe siècle, la révolution industrielle prend ses marques et rend plus visible la misère des enfants des usines. Les nouvelles conditions de travail associées à l'industrie textile font du travail des enfants une sorte d'esclavage. [21][22]

En 1841, une loi du travail est votée, interdisant l'embauche des enfants de moins de 8 ans, et limitant le temps de travail quotidien à 8h pour les 8-12 ans et 12h pour les 12-16 ans. A partir de 1850, les enfants délinquants sont envoyés en colonie pénitentiaire agricole, mettant fin à leur emprisonnement avec les adultes. En 1863, l'âge de consentement des relations sexuelles est avancé à 13 ans. En 1874, l'allaitement mercenaire est encadré par la loi, sous l'initiative de Théophile Roussel, un des premiers hommes politiques français ayant œuvré pour la protection de l'enfance. [34]

En cette fin de XIXe siècle, de nombreux écrivains influents tels que Zola, Balzac, Hugo ou la Comtesse de Ségur ont pu mettre en lumière, via leurs œuvres, la situation des enfants, particulièrement celle des enfants maltraités. [26]

En 1881, Jules Ferry annonce la gratuité de l'école primaire, qui devient obligatoire et laïque, pour les garçons et les filles de 6 à 13 ans, en 1882. [35] Ainsi, l'Etat s'immisce peu à peu dans les affaires de famille et fait diminuer l'emprise du père ainsi que le travail des jeunes enfants.

➤ Ambroise Tardieu, précurseur du diagnostic des sévices à enfants
[6][36][37]

Ambroise Tardieu est un médecin légiste français du XIXe siècle. Il fut un des premiers à saisir l'importance de la problématique de la maltraitance. En 1857, Il effectue les premières descriptions cliniques du « syndrome de l'enfant battu » et des « tâches de Tardieu », signes cliniques d'une mort par suffocation. Ce syndrome est appelé aujourd'hui Syndrome de Silverman, en lien avec le Dr Silverman , pédiatre et radiologue américain, qui compléta les observations d'Ambroise Tardieu près d'un siècle plus tard. Son article, « *Etude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants* », publié en 1860, ne parvint pas à convaincre la communauté. A l'époque il était difficile pour les médecins d'admettre que les parents maltraitaient leurs enfants.

➤ L'affaire Mary Ellen Wilson et l'essor des organismes de protection
[4][37]

C'est aux Etats-Unis qu'un courant philanthropique a pu voir le jour suite à la médiatisation massive d'une affaire de maltraitance. Mary Ellen Wilson était une fille de 11 ans qui vivait dans un foyer à New York depuis ses 18 mois. Elle y était battue chaque jour, privée de soin et vivait dans l'insalubrité. En 1874, une voisine témoin informa Etta Angel Wheeler, missionnaire des pauvres, de la situation de maltraitance. Celle-ci tenta de porter plainte et d'intervenir mais sans succès pendant plusieurs mois. Elle demanda l'aide de Henry Berg, président de la *Society for the Prevention of Cruelty to Animals* (SPCA), qui parvint à

condamner la famille d'accueil et à libérer l'enfant. De cette affaire naquit la *Society for the Prevention of Cruelty to Children*, et par la suite de multiples autres organisations de protection de l'enfance furent créées dans le pays.

➤ Début du XXe siècle : Entre évolutions et stagnation

1889 signe une avancée concrète dans la lutte contre la maltraitance infantile en France : la première loi de protection de l'enfant maltraité est votée. Elle prévoit la déchéance paternelle en cas de mauvais traitements. [38]

Cependant, l'éducation correctionnelle demeure d'actualité, notamment pour les adolescents. L'existence de maison de correction et de bagnes d'enfants démontre un style d'éducation encore violent et cruel [38], qui sera remise en cause seulement durant l'entre-deux guerres. En 1929, Parisot et Caussade publient une étude rapportant 1937 cas d'abus physiques suffisamment important pour faire l'objet d'un procès en Cour d'assise. Ce rapport passera inaperçu. [39]

La correction paternelle est supprimée en 1935. [40]

Le retour de la guerre en 1939 fit basculer la société à nouveau dans une régression morale et sociale, mettant en avant la virilité brute et la masculinité. [6]

➤ Les « trente glorieuses » et l'avènement d'une société libérée [6]

L'arrivée des « baby boomers » d'après-guerre a annoncé une ère nouvelle sur le plan idéologique. Dans un monde plongé encore dans le pouvoir patriarcal, cette génération nombreuse réclame la liberté des enfants, l'émancipation des femmes, le desserrement des contraintes sociales. Cette période annonce un bouleversement culturel de la société française. Le modèle strict d'éducation issu des casernes et des couvents est contesté, l'usage de la violence est proscrit. La lutte contre la maltraitance infantile se propage désormais à toutes les classes sociales, via les éducateurs, les soignants, les institutions judiciaires. En 1962, Henry C. Kempe publie un article sur le « syndrome de l'enfant battu » dont l'impact sera considérable [3][4]. Une approche moderne de la notion de maltraitance se développe,

où l'association de différents symptômes permet l'élaboration d'un diagnostic, associée à une incidence du phénomène. A compter de cette date, le milieu médical, les intervenants sociaux et la société reconnurent les maltraitances infantiles comme un problème de santé publique majeur. Ainsi, en 1989, la loi concernant l'obligation de signalement aux autorités juridiques d'une situation de maltraitance est votée en France [41]. Elle pose les bases du contexte actuel de la protection de l'enfance. Les paramètres de ces signalements seront précisés le 5 mars 2007 avec la loi concernant l'information préoccupante, réformant la protection des mineurs. [42]

b) Définitions

D'après le dictionnaire Larousse, le terme « maltraitance » renvoie aux mauvais traitements commis sur une catégorie de personne [43]. Une définition large, prenant en compte les difficultés à expliquer une notion variable historiquement et culturellement. En 1982, Straus et Manciaux annoncèrent dans « l'enfant maltraité » une définition qui fit consensus en France : « *l'enfant maltraité est celui qui est victime de violences physiques, de cruauté mentale, d'abus sexuels, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique* ». [44]

1. Définition de l'OMS :

En 1999, l'Organisation Mondiale de la Santé propose une définition plus précise des maltraitances infantiles : « *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. Parfois, on considère aussi comme une forme de maltraitance le fait d'exposer l'enfant au spectacle de violences entre partenaires intimes.* » [45]

2. Définition de la HAS :

La Haute Autorité de Santé définit la maltraitance infantile d'après la convention internationale des droits de l'enfant promulguée par l'ONU en 1989 et ratifiée par la France. Le premier alinéa de l'article 19 annonce : « *les États parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées, pour protéger l'enfant 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.* » [46]

3. Loi du 5 mars 2007

Depuis le 5 mars 2007 et la loi n°2007-293 sur la protection de l'enfance, la notion d' « enfant maltraité » n'est plus d'actualité car il faut aujourd'hui parler d' « enfant en danger ». L'enfant en risque de danger est celui dont les conditions d'existence risquent de porter atteinte à son développement physique, affectif, intellectuel et social. L'enfant maltraité est victime de violence physique, de cruauté mentale, d'abus sexuels, de négligences lourdes qui ont des conséquences graves sur son développement physique et psychologique. L' « enfant en danger » est une notion plus large car elle comprend à la fois les enfants en risque et les enfants maltraités. [42]

En octobre 2014, le Docteur Anne Tursz présentait au ministre de la santé le rapport du comité de suivi du colloque sur les violences faites aux enfants. La problématique de la définition de la maltraitance devant être exposée, et les notions de parentalité, droits, besoins et intérêts de l'enfant ayant besoin d'être clarifiées. D'après ce rapport, le danger est présent à chaque fois que les besoins fondamentaux de l'enfant sont insatisfaits. Des besoins tel que manger, dormir, être soigné et lavé, recevoir de l'affection et se sentir en sécurité. Répondre aux besoins, c'est bien traiter, ne pas y répondre, c'est mal traiter. [47] Le danger réside surtout dans la négligence et l'ignorance de ces besoins. Nombreux sont les parents qui, sous le coup de l'énervement, ont donné une gifle ou dit quelque chose de blessant à leur enfant. Ce n'est pas pour autant qu'ils sont maltraitants envers eux. D'après le Docteur Anne Tursz, ce qui fait la maltraitance, c'est « *la répétition, la systématisation de la brutalité érigée en système pédagogique et le caractère excessif des actes par rapport à l'âge et aux capacités de l'enfant (on*

ne gifle pas un bébé), par rapport aux circonstances (on n'humilie pas un enfant), par rapport à la confiance et au besoin d'amour ». [47]

c) Les différentes formes de maltraitances

I. Mauvais traitements par commission:

A. Violences physiques :

Les violences physiques consistent en l'usage de la force ou de la violence contre un enfant de telle sorte qu'il soit blessé ou risque de l'être. [48]

Elles peuvent s'effectuer de différentes manières : frapper (avec la main, le poing, le pied ou avec un objet), mordre, brûler, empoisonner, droguer ou inciter à la consommation de substances dangereuses, étouffer, étrangler, secouer, bousculer, noyer... Elle est la plus visible car elle laisse souvent des traces et donne à voir quelque chose de mesurable (ecchymoses, hématomes, plaies, brûlures, fractures, touffes de cheveux arrachées...). [37][49]

➤ **Syndrome de Silverman dit de « l'enfant battu » :**

Initialement décrit par Ambroise Tardieu, le syndrome de Silverman désigne spécifiquement les enfants victimes de sévices physiques radiologiquement identifiables. Il montre chez un enfant dont la structure osseuse est normale, la présence de multiples fractures « spontanées ». [50]

Ils présentent une association de fractures anciennes consolidées (cal), d'arrachements métaphysaires et de décollements périostés (fractures diaphysaires non immobilisées) [49].

➤ **Syndrome du bébé secoué (SBS) :**

Le « Shaken Baby Syndrome » (SBS) est un sous-ensemble des traumatismes crâniens infligés ou traumatismes crâniens non accidentels (TCNA), dans lequel c'est le secouement, seul ou associé à un impact, qui provoque le traumatisme crânio-cérébral. [51]

Les secousses en cause sont toujours violentes, produites le plus souvent par une saisie manuelle du thorax du bébé sous les aisselles. Il survient la plupart du temps chez un nourrisson de moins de 1 an et dans 2/3 des cas de moins de 6 mois. La personne responsable des secousses est majoritairement un homme (père biologique ou compagnon de la mère) mais parfois une femme (baby-sitter ou la mère). [52]

B. Violences sexuelles :

L'abus sexuel sur mineur est un acte à caractère sexuel commis sous la violence, la contrainte, la menace ou la surprise et risquant de blesser physiquement ou émotionnellement un enfant. [53]

Il peut être commis par un adulte ou un enfant plus âgé. Le contact corporel est souvent impliqué, mais les violences peuvent également être indirectes (voyeurisme, exhibition, contraintes morale et pédopornographie). [49] Ces violences prennent alors plusieurs formes : [54]

- ❖ Propositions sexuelles, quelle qu'en soit la teneur, faites par un majeur à un mineur de moins de 15 ans, via internet par exemple (sur un *chat*, un réseau social...)
- ❖ Corruption de mineur, qui consiste pour un adulte à imposer à un mineur, même de plus de 15 ans, des propos, des actes, des scènes ou des images susceptibles de le pousser à la dépravation sexuelle
- ❖ Agression sexuelle : acte sexuel sans pénétration, commis par violence, contrainte, menace ou surprise
- ❖ Atteinte sexuelle, qui est un acte de pénétration sexuelle sans violence, contrainte, menace ou surprise, lorsqu'elle est commise par un majeur sur un mineur de moins de 15 ans

- ❖ Viol : acte de pénétration sexuelle commis par violence, contrainte, menace ou surprise, par voie vaginale, anale ou buccale
- ❖ Recours à un mineur soumis à la prostitution (proxénétisme)

C. Violences psychologiques :

La maltraitance psychologique, autrement appelée « cruauté mentale », est décrite par 7 critères bien précis et relève de comportements dits « habituels » adoptés par les parents ou toute autre personne en charge de l'enfant. [55]

- ❖ **Rejeter** : la critique permanente de l'enfant, le rabaisser en tant que personne, déprécier ses actes et dévaloriser ses sentiments. On fait comprendre à l'enfant qu'il est inutile, inférieur, qu'il est rejeté et qu'on a une certaine aversion pour lui.
- ❖ **Humilier** : Insulter, ridiculiser et parodier l'enfant. L'infantiliser, ou se comporter avec lui de manière à entraver sa dignité et sa confiance en lui.
- ❖ **Isoler** : le tenir à l'écart de sa famille, de ses proches, et empêcher toutes ses relations sociales et activités habituelles pour son âge. L'enfermer dans une pièce et réduire son espace vital.
Le Syndrome de Médée : C'est lorsque un des parents décide de détruire la relation de l'enfant avec l'ex-époux ou épouse afin de se venger de lui. Ce complexe s'inspire du personnage mythologique de Médée qui, pour se venger de Jason qui l'avait quitté pour une autre femme, tua les enfants qu'elle avait avec lui. [56]
- ❖ **Ignorer et manquer d'attention** : Ne pas répondre aux demandes de l'enfant et à ses besoins. Ne pas remarquer ses réussites, négliger ses demandes d'attention, oublier son anniversaire ou d'aller le chercher à l'école. Ne montrer aucun signe d'affection envers lui voire être complètement indifférent. C'est une manière de l'empêcher de s'affirmer et de s'individualiser.

- ❖ **Terroriser** : Menacer et contraindre, faire peur avec des objets de châtiments tel que le fouet ou la ceinture. Hurler et blasphémer pour appuyer son autorité. Menacer également ce qui est cher à l'enfant (jouets, doudou, animal domestique). Fixer des objectifs démesurés, dans l'impossibilité de les accomplir l'enfant se sent inutile et insignifiant. Punir son échec par des punitions exagérées. Comparer l'enfant avec d'autres enfants plus « performants » dans le but de vexer profondément. Les violences conjugales participe également à ce type de maltraitance, l'enfant étant exposé aux violences physiques et sexuelles au sein du couple. [57]

Au Canada, ces événements sont inscrits comme forme de maltraitance psychologique depuis la loi sur la protection de la jeunesse [58]

Aujourd'hui, 143 000 enfants vivent dans un foyer où une femme a déclaré être victime de violences commises par son conjoint ou ex-conjoint. Certains enfants assistent même à des homicides au sein de cercle familial. [59]

- ❖ **Corrompre** : Entraîner l'enfant dans des actes antisociaux et destructeurs, encourager la consommation d'alcool et de drogues. Le confronter à des actions marginales et hors-la-loi et lui ordonner de les reproduire. L'enfant perd ses repères sociaux et est condamné à devenir un délinquant.
- ❖ **Exploiter** : Obliger l'enfant à s'occuper d'un adulte, l'utiliser à des fins matérielle ou financière. Il s'agit d'occulter ses propres besoins pour se concentrer sur ceux de la personne adulte.

4. Formes particulières

➤ **Syndrome de Münchhausen par procuration**

Ce syndrome concerne les enfants victimes d'atteintes physiques et psychologiques suite aux exigences d'un parent concernant le traitement de symptômes factices. Le parent pousse les professionnels médicaux à réaliser des hospitalisations et des examens complémentaires inutilement. Ces traitements ont alors des conséquences invasives pour l'enfant. Le terme

« par procuration » renvoie au parent qui attribue le rôle du « malade » à son enfant, et le rôle du « maltraitant » au médecin. [60]

➤ **Syndrome de Kramer contre Kramer**

Il s'agit d'un phénomène survenant dans un contexte de conflit conjugal. Des allégations de mauvais traitements, souvent de sévices sexuels, de la part d'un des conjoints sont faites. L'enfant est utilisé comme une arme, par un parent contre l'autre parent. C'est une forme de maltraitance psychologique. [61]

II. Mauvais traitements par omission : négligence

Les négligences sont de loin les formes de maltraitements les plus courantes. Aux Etats-Unis, en 2017, elles représentaient 75% des signalements. [62]

Elles sont le fait, pour la personne responsable de l'enfant, de le priver de ses besoins nécessaires à son bon développement et à son bien-être. Il peut s'agir par exemple de privations de nourriture, de sommeil, de soins, d'attention... La négligence est ainsi une forme de maltraitance par omission, à savoir l'absence de mobilisation de l'adulte dont dépend le présent et l'avenir de l'enfant. [48]

La négligence se distingue des situations de pauvreté au sens où elle ne survient que lorsque la famille ou le tuteur dispose de ressources raisonnables. [57]

Invisible et souvent oubliée, la négligence a néanmoins pour enjeu la survie, la sécurisation, l'éveil, l'estime de soi et l'éducation de l'enfant. [63]

Plusieurs formes de négligence sont possibles .

➤ **Les négligences physiques :**

Les négligences physiques comprennent les manquements aux besoins de l'enfant ayant des

conséquences physiques. Lorsque les parents n'assurent pas les besoins alimentaires, vestimentaires, d'hygiène ou de logement compte tenu de leurs ressources. [64][65]

➤ **Les négligences médicales :**

L'omission des rendez-vous médicaux, les refus de traitements, tout acte empêchant l'enfant d'accéder aux soins nécessaires pour sa santé physique et mentale. Lorsque la personne qui s'occupe de l'enfant ne lui procure pas les soins dont il a besoin pour soulager ses souffrances. Lorsque le tuteur refuse de consentir aux soins de l'enfant. On retrouve également le défaut de soin pour un traitement psychologique ou psychiatrique, entraînant de sérieux troubles comportementaux et sociaux portant atteinte à son développement. En 2019, Harris et Kirby décrivent l'absence aux rendez-vous en cabinet dentaire comme un indicateur de négligence. Les soignants doivent considérer que l'enfant « n'a pas été amené » (« *was not brought* » ou *WNB*) plutôt qu'« il ne s'est pas présenté » (« *Did not attend* » ou *DNA*). [64][66]

➤ **Les négligences éducatives :**

Lorsque les parents ne fournissent pas un encadrement et une surveillance appropriée, lorsqu'il n'assure pas sa scolarisation. Si les parents autorise l'enfant à s'absenter régulièrement de l'école ou ne l'inscrive pas à l'école. Une attitude permissive vis à vis de comportements criminels montre également que la personne fait faute de supervision, encourageant les infractions et la dépravation. [64][65]

d) Réalité actuelle de l'enfance en danger

1. Opinion publique et idées reçues

L'opinion publique considère trop souvent que la maltraitance des enfants est un phénomène rare touchant majoritairement des familles défavorisées. Or, les risques de la maltraitance existent dans toutes les classes sociales sans discernement. [67]

La maltraitance infantile est également un sujet peu abordé dans le domaine politique. Quasi-absent des campagnes électorales, le thème des violences aux enfants reste globalement cantonné à une place mineure, en dépit des fortes mobilisations qu'il peut susciter, notamment associatives. [68]

Ces maltraitements font encore l'objet d'un déni. A titre d'exemple, la communauté médicale française reste visiblement sceptique sur ce phénomène, étant donné que seulement 2 à 5% des signalements émanent des médecins. [69]

Il faut toutefois souligner l'importance des médias dans la prise de conscience récente de la gravité de la maltraitance et l'importance qu'il y a à briser le mur du silence. [68]

Cependant, la couverture journalistique ne concerne bien souvent que les événements rares de maltraitements tel que les abus sexuels, les violences physiques lourdes ou l'infanticide. Ces cas extrêmes suscite davantage l'intérêt des lecteurs. [70]

Cela contribue à donner une image déformée de la réalité, étant donné que la plupart des dangers recensés par le Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED) concernent les négligences et les violences psychologiques. [71]

2. Données épidémiologiques

➤ Données de l'ONPE

D'après les observations de l'ONPE (Observatoire National de la Protection de l'Enfance), en 2015, les services de police et de gendarmerie ont recensé 55 000 mineurs victimes de violences physiques, et 20 200 mineurs victimes de violences sexuelles. [72]

En 2016, environ 299 801 enfants ont été pris en charge par la protection de l'enfance, ce qui correspond à 2,04% des mineurs. En 2018, 122 infanticides ont été enregistrés par les forces de l'ordre, dont 80 commis dans le cadre intrafamilial. [63][73]

Toujours en 2018, le bulletin annuel du SNATED apporte quelques données chiffrées sur l'activité du 119 : 34 031 appels ont été traités par le plateau d'écoute. De ces appels ont abouti 17 018 aides immédiates et 17 013 informations préoccupantes. Sur l'ensemble des

appels traités, 35 149 enfants ont été déclarés en danger, avec une moyenne d'âge de 9,6 ans pour les filles et 9 ans pour les garçons. Les auteurs présumés étaient en très grande majorité (95,4%) la famille proche, et les maltraitances déclarées étaient surtout les violences psychologiques (19 106), les négligences (14 910), et les violences physiques (13 110). [71]

➤ Données de l'ONDRP [46]

D'après l'ONDRP (Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales), les faits constatés de violences, mauvais traitements et abandon d'enfants par les services de police et de gendarmerie en 2011 s'élevaient à 17 889. Quant aux actes de violences sexuelles, 13 470 faits furent recensés.

➤ Etude du BEH

En octobre 2019, le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire tente d'apporter des précisions sur la prévalence du phénomène en France. Après une étude de 8 ans réalisée entre 2007 et 2014, une estimation de la prévalence des maltraitances physiques chez les enfants hospitalisés de moins d'un an ainsi que la mortalité intra-hospitalière associée a été faite. La prévalence des maltraitances physiques à enfant est estimée à 0,11%, et la mortalité intra-hospitalière est 10 fois supérieure pour un enfant maltraité par rapport à un enfant non maltraité. [74]

➤ Données de l'OMS

Après une revue systématique de 50 études réalisées sur les différents types de maltraitances sur mineurs, l'OMS retient les estimations suivantes concernant la zone Europe : Les maltraitances sexuelles concerneraient 13,4% des filles et 5,7% des garçons. 22,9% des filles et des garçons subiraient des violences physiques et 29,1% des enfants des maltraitances psychologiques. Pour les enfants témoins de violences conjugales, le risque d'un autre type de maltraitance serait de 30 à 60%. Les chiffres observés dans cette méta-analyse sont jusqu'à 10 fois supérieurs aux résultats d'autres études. Cela s'explique par le fait que certaines études de victimisation, comprenant l'auto-évaluation des enfants, sont prises en compte. Toutefois, les données épidémiologiques disponibles aujourd'hui restent peu fiables d'après l'OMS. En effet

tout dépend du type de maltraitance étudiée, de la définition retenue, des statistiques officielles et de la qualité des études. Les chiffres sont souvent sous-estimés, étant donné la difficulté d'identification des maltraitances [46][75]

3. Conséquences

La maltraitance met en péril la santé physique et mentale des enfants qui en sont victimes. L'impact de ces mauvais traitements peut être différent, en fonction du type, mais aussi de leur chronicité et de l'association de plusieurs formes de sévices. Ces conséquences peuvent s'exprimer dès l'enfance, ou de manière différée durant l'adolescence ou l'âge adulte.

➤ Conséquences émotionnelles et affectives

Dès la naissance, l'enfant a besoin d'un lien qui l'unit avec un ou plusieurs parents. Ce lien permettra à l'enfant d'identifier une figure d'attachement stable, source d'affection, de confiance et de protection. Lorsqu'il y a maltraitance, ce lien créé est défaillant et l'enfant associe la figure parentale à l'angoisse et l'insécurité. [76]

L'enfant peine à avoir confiance en lui, se sent inutile et persécuté. Il présente des troubles de l'apprentissage et tout changement de cadre de vie l'angoisse considérablement.

À l'âge adulte, ils montrent souvent des difficultés à construire des relations sociales stables et à s'intégrer dans des dynamiques de réciprocité. [57][77][78]

➤ Conséquences sociales

Si ces enfants présentent souvent des difficultés lors du processus de socialisation, c'est qu'ils s'inspirent de ce qu'ils ont précédemment vécu. En effet, les lacunes émotionnelles inhérentes au manque d'affection des parents font que l'enfant ne parvient pas à reconnaître et à comprendre les émotions des autres. Par conséquent cela représente un frein considérable lors d'interactions sociales, entraînant agressivité, repli sur soi, et peu d'affinités avec ses pairs. [48][77]

➤ Conséquences neurophysiologiques

Chez l'enfant maltraité, le stress chronique peut avoir de lourdes conséquences sur le développement cérébral. Les mécanismes de réponse au stress, le système hormonal et notamment hypothalamo-hypophysaire, se retrouvent bouleversés et des séquelles surviennent. Ainsi certaines régions du cerveau peuvent présenter des lacunes de maturation en raison du manque de stimulation. Par exemple, les lobes temporaux, en charge de la gestion des émotions par l'intermédiaire de l'amygdale, et du traitement des informations sensorielles, peuvent être atteints. Les fonctions inhibitrices, orchestrées par le cortex frontal, sont également susceptibles d'être touchées.

De même, le stress peut provoquer une augmentation de la production de cortisol, entraînant directement la mort de neurones et la diminution du volume de l'hippocampe, jouant un rôle central dans la mémoire. [76]

A l'âge adulte, ces enfants se trouvent davantage exposés aux maladies psychiatriques. [79]

➤ Conséquences physiques

Les conséquences physiques de la maltraitance peuvent être multiples. Si les violences physiques peuvent entraîner des blessures et des retards développementaux, les atteintes sont parfois d'ordre viscéral. En effet, certains problèmes de santé tel que la malnutrition, les troubles oculaires et bucco-dentaires, les maladies chroniques pulmonaires (asthme) et cardio-vasculaires (cardiopathie ischémique), l'obésité ou encore le diabète peuvent être provoqués ou aggravés par la maltraitance et peuvent perdurer jusqu'à l'âge adulte. [77][80]

D'autre part, la négligence des parents quant aux besoins alimentaires de l'enfant peut avoir comme répercussion un retard staturo-pondéral (poids du nourrisson 20% inférieur au poids idéal pour sa taille) en absence de toute autre cause organique. [64]

➤ Conséquences cognitives

Les retards de développement cognitif dus au manque de stimulation peuvent apparaître très tôt dans la vie de l'enfant. Les violences, tout comme la négligence, entraînent une dégradation des fonctions exécutives et des habilités intellectuelles. On note des troubles de l'apprentissage, de l'attention, de la mémoire, des fonctions visuo-spatiales, de la résolution des problèmes et du raisonnement abstrait. [65] L'enfant peut également présenter des difficultés de prononciation et de langage. L'ensemble de ces atteintes cognitives est responsable de diverses difficultés scolaires, et parfois à long terme d'un décrochage complet du système éducatif. [77]

III. Dépistage des maltraitements sur mineurs et des négligences bucco-dentaires

a) Facteurs de risques

La maltraitance infantile s'observe plus souvent dans certains contextes. Même si les facteurs ne sont pas systématiques, ils peuvent donner des indications pour comprendre la cause de ce phénomène. Lorsque la situation est floue, ces éléments permettent de donner un éclairage général. Aujourd'hui, la maltraitance est considérée comme le produit de la juxtaposition et de l'influence mutuelle de divers facteurs. Les notions d'équifinalité et de multifinalité prennent ici tout leur sens puisqu'on reconnaît qu'il existe, d'une part, des causes multiples à une même forme de maltraitance et d'autre part, qu'une même cause peut mener à diverses formes de maltraitements. Toutefois, une réserve est à émettre quant à l'interprétation de ces facteurs. En effet, ceux-ci ne prédisent pas la maltraitance, ils en augmentent seulement la probabilité. Il n'est donc pas approprié d'en déduire un profil type du « parent maltraitant » ou de « l'enfant victime ». [81]

1. Facteurs liés à l'enfant [82][83]

Certains facteurs peuvent prédisposer l'enfant à être maltraité. Aucun de ceux-ci n'est justifié et l'enfant ne peut être tenu pour responsable des mauvais traitements qu'on lui inflige.

- Le sexe et l'âge : Les garçons sont plus souvent victimes de ce phénomène que les filles. Par ailleurs, l'enfant de moins de 4 ans et l'adolescent sont les tranches d'âges les plus touchées. La moyenne d'âge des enfants en danger étant de 8,5 ans [84]

- Troubles externalisés : Lorsque l'enfant présente un comportement agaçant du point de vue des parents, cela peut mener à des violences commises par des parents excédés. On relève par exemple l'hyperactivité, les troubles de

l'attention, les pleurs du nourrisson ou encore les troubles du sommeil et de l'alimentation.

- Troubles internalisés : Un enfant déprimé ou anxieux sera plus susceptible de subir des maltraitances.
- Problèmes médicaux : Les enfants ayant certains antécédents médicaux et/ou nécessitant une prise en charge médicale particulière sont plus exposés que les autres. Il s'agit notamment des retards mentaux, des prématurités et des handicaps physiques. [47]
- Problèmes sociaux : Un enfant déprimé ou isolé aura plus de mal à se tourner vers les autres et créer des relations sociales afin de se construire une personnalité, ce qui l'exposera davantage à la maltraitance.

2. Facteurs liés aux parents [37][82]

- Grossesse non désirée : Un enfant non désiré est plus exposé aux violences et négligences, du fait des lacunes d'attachement des parents vis à vis de l'enfant.
- Tempérament des parents : L'agressivité, l'impulsivité, l'intolérance aux frustrations mènent plus souvent à la maltraitance, contrairement au calme et à la maîtrise de soi.
- Age : Les parents jeunes sont plus susceptibles de devenir maltraitant envers leurs enfants. Les mères de moins de 20 ans sont particulièrement surveillées par rapport à ce phénomène. [85]
- Troubles mentaux : Tout comme l'enfant, la dépression et l'anxiété et la psychose favoriseront la survenue de mauvais traitements [81]

- Comportement à risques : L'implication dans des actes criminels n'apporte rien de positif au développement de l'enfant, souvent livré à lui même et exposé aux violences. Ces mêmes conséquences reviennent souvent lorsque les parents sont alcooliques ou toxicomanes.[49]
- Antécédent de maltraitance : Un parent ayant subi des maltraitances reproduit ce phénomène sur son propre enfant dans 30% des cas. [49]
- Faible niveau d'empathie : Un parent peu empathique aura tendance à rabaisser son enfant et à ne pas lui apporter de soutien.
- Attitudes d'attribution négatives : Certains parents ont tendance à identifier leurs enfants comme sources de leurs problèmes. La négligence et les violences peuvent être alors une forme de punition ou de vengeance.
- Faible estime de soi : Des parents qui ont des difficultés à s'affirmer auront plus de mal à communiquer avec leurs enfants
- Faibles capacités parentales : Les parents ayant des difficultés à comprendre la mécanique normale de l'éducation d'un enfant auront tendance à être maltraitant. Cela passe par des attentes irréalistes, une discipline excessive et irrégulière ou encore la méconnaissance du développement normal d'un enfant. [81]

3. Facteurs familiaux

- Problèmes conjugaux : Un couple dysfonctionnel ou la présence de violences conjugales peuvent augmenter le risque de maltraitance infantile. Une étude menée en 2000 en Oregon montre qu'il existe une corrélation significative entre violences conjugales lors des 6 premiers mois de vie et trois types de maltraitance infantile : maltraitance physique, psychologique et négligences lourdes, jusqu'à l'âge de 5 ans [83][86]

- **Conflits familiaux** : Certains conflits peuvent établir un climat de tension intrafamiliale, notamment au sein des familles recomposées. [87]
- **Faible cohésion familiale** : Le manque de soutien social et éducatif est souvent retrouvé dans les familles où l'enfant est déraciné, isolé. Ce déracinement s'observe également lors de déménagements fréquents. [81]
- **Pratiques coercitives** : La présence de punition corporelle envers d'autres enfants de la famille augmente le risque, pour l'enfant, de subir le même type de sanction.

4. Facteurs socio-économiques et culturels

- **Monoparentalité** : La présence de deux parents apporte souvent un équilibre dans l'éducation des enfants. Aujourd'hui, un enfant sur deux jugé à risque vit chez sa mère seule, et seulement 35% vivent avec leur 2 parents. [84]
- **Famille nombreuse** : Les maltraitances sont observées plus souvent dans les familles où plusieurs enfants vivent sous le même toit. Même dans ce contexte, il est possible qu'un seul enfant soit victime de violences et de privation de soin. [85]
- **Statut professionnel des parents** : Une étude réalisée en Chine dans la région de Urumqi montre que les mères ayant un travail saisonnier exposent davantage leurs enfants aux négligences. Des parents au chômage sont également un facteur de risque pour l'enfant. [88]
- **Statut socio-économique** : La pauvreté présente dans les quartiers défavorisés est un contexte où l'on observe plus de violences et de négligences à l'égard des enfants. Souvent associé, le faible niveau d'études des parents est un facteur régulièrement rencontré. [64]

- Normes légales et culturelles : Certaines cultures tolèrent davantage la violence comme moyen d'éducation, les lois concernant la protection de l'enfance sont également variable en fonction des pays. Ainsi, un acte qualifié de maltraitance infantile dans un pays ne le serait peut être pas dans un autre. Dans le même contexte, les enfants peuvent davantage accepter la punition corporelle. Les enfants sont perçus différemment dans le monde. La communauté et la société dans lequel ils vivent sont donc des facteurs de risques. [89]

5. Facteurs temporels [85]

- Evènement stressant : Certaines périodes de stress intense vécues par les parents peuvent conduire à des abus. Il s'agit notamment des divorces, des licenciements, des poursuites judiciaires et des problèmes de santé.
- Entrée à l'école de l'enfant

b) Signes évocateurs

Les chirurgiens-dentistes occupent une place particulière quant à l'identification des symptômes de maltraitance infantile. En effet , 50 à 70% des enfants maltraités présentent des lésions visibles dans la région de la tête et du cou. [90]

1. Anamnèse

L'anamnèse peut parfois amener à des incertitudes quant à l'étiologie de certaines lésions, ou même identifier des évènements suspects au cours de la vie de l'enfant. Le comportement des parents est également une piste d'étude dans le dépistage des maltraitances et peut être déjà incriminé au cours de l'interrogatoire. [91][92]

- Chez le nourrisson : Les parents rapportent une fatigue nerveuse associées à des pleurs incessantes de l'enfant

- A tout âge :
 - ❖ Situation de maltraitance rapportée par l'enfant lui même, les parents ou des proches.

 - ❖ Une lésion pour laquelle il y a une incohérence vis à vis du stade de développement, de l'âge de l'enfant, et une explication différente en fonction de la personne. [93]

 - ❖ Fugue(s) de l'enfant et comportements à risques

 - ❖ Chute des résultats scolaires

 - ❖ Retard de recours aux soins [94]

 - ❖ Plaintes somatiques récurrentes sans étiologie établie (céphalées, douleurs abdominales)

 - ❖ Antécédents d'accidents domestiques répétés

 - ❖ Tentative(s) de suicide

 - ❖ Faits de maltraitance dans la fratrie

2. Examen général

Toutes contusions observées chez un enfant en absence de cause accidentelle avérée doivent faire penser à un acte de maltraitance physique. [95] Différencier les ecchymoses intentionnelles des ecchymoses accidentelles n'est pas aisée car la présence d'ecchymoses est

banale chez l'enfant. [96] La majorité des abus physiques se manifestent par des lésions cutanées avec des formes, localisations, longueurs et nombres inhabituels. [81]

➤ Ecchymoses : [81][95]

- ❖ Ecchymoses reproduisant l'empreinte de doigts ou d'une main (gifle, fessée)(*Figures 1 et 2*). Elles surviennent également lorsque le parent maintient trop fermement l'enfant.



Figure 1. Ecchymoses des fesses chez un enfant de quatre ans laissant l'empreinte des doigts après une fessée [96]



Figure 2. Ecchymoses de la racine du bras chez une fillette de huit ans après avoir été maintenue trop fermement [96]

- ❖ Traces circulaires autour du cou, des chevilles ou des poignets (étranglement, ligotement)
- ❖ Hématomes présents dans des zones concaves (Joues, oreilles, cou, orbite) ou habituellement protégées par des vêtements (face interne des bras et des cuisses, organes génitaux)
- ❖ Empreintes d'objets (ceinturon, règle, fil, tringle, corde...)
- ❖ Traces de pincement
- ❖ Ecchymoses nombreuses (supérieur ou égal à 15), dispersées et de chronologie différente

➤ Brûlures :

Certaines brûlures particulières par leurs localisations ou leurs formes peuvent évoquer une maltraitance physique.

- ❖ Brûlure à bord net et homogène résultant d'une immersion dans un liquide bouillant (en forme de chaussette ou de gant)(*Figure 3*)



Figure 3. Ebouillantage par immersion forcée d'une fillette de deux ans : brûlures profondes étendues bien limitée avec un respect des plis de flexion [96]

- ❖ Brûlure par contact avec forme caractéristique (cigarette, produit ménager, fer à repasser) [37]
 - ❖ Brûlure atteignant les plis et toute zone habituellement protégée par des vêtements (Fesses, périnée, organe génitaux)
 - ❖ Lésion d'abrasion liée à une contention par lien (Cou, cheville, poignet)
- Morsure [97]

Une trace de morsure doit être suspectée face à toute ecchymose, abrasion ou lacération de forme elliptique, ovoïdale ou en fer à cheval. [98] Elles peuvent présenter une zone centrale de contusion expliquée par 2 phénomènes potentiels : Une force de compression lié à la fermeture des arcades entraînant une rupture des capillaires sanguins, ou une pression négative lié à la succion ou à la poussée de la langue. Une morsure humaine provoque rarement une avulsion des tissus, contrairement à celle des chiens ou d'autres animaux carnivores. On pourra identifier une denture définitive si la distance inter-canine maxillaire (distance linéaire mesurée entre les 2 pointes canines) est supérieure ou égale à 3 cm. Des photographies de la trace de morsure sur la peau de la victime et une empreinte des arcades du suspect sont réalisées. Une modélisation en cire des arcades est ensuite effectuée et comparée aux traces de morsures, via notamment la distance inter-canine. [99] En France, depuis 1994, la morsure est une preuve médico-légale qui doit être étudiée et enregistrée. [100]

➤ Atteinte des phanères : [96]

L'alopécie traumatique est un signe évocateur de maltraitance physique. Elle est liée à la traction des cheveux (*Figure 4*). Elle est difficilement identifiable dû aux autres étiologies d'alopécie telles que la trichotillomanie ou d'autres pathologies atteignant le cuir chevelu. Toutefois, la présence d'hémorragie et d'hématomes peut orienter vers une maltraitance. Le décollement des ongles est également un signe suspect, notamment lorsqu'il s'agit de la partie proximale de l'ongle.



Figure 4. Alopecie liée à une traction des cheveux [94]

3. Examen oral et péri-oral

L'examen de la cavité orale est une source importante d'informations de dépistage du fait de son intime lien avec la communication et la nutrition. Les lésions péri-orales et intra-orales peuvent s'avérer capitales dans l'identification de négligences et/ou de violences physiques ou sexuelles. Elles peuvent être infligées via des coups portés à la bouche, du gavage alimentaire ou une pénétration sexuelle forcée. La négligence s'exprime également par de multiples signes au sein de la cavité buccale.

➤ Lèvres

Les blessures labiales infligées constituent un des signes les plus fréquents de violences au niveau de la sphère orale (54%). [97] On retrouve les contusions, brûlures, lacérations ou encore les abrasions des commissures labiales, potentiellement provoquées par la fellation forcée. Des coups de poings assénés au niveau des lèvres entraînent des ecchymoses péri-orales caractéristiques facilement assimilable à une violence physique.

➤ Dent et parodonte

Les lésions dentaires et parodontales sont très souvent identifiées lors de négligence et de sévices physiques. La fréquence des chutes et des chocs durant l'enfance en font des traumatismes parfois banalisés. Les enfants en situation de précarité sont davantage exposés à la négligence bucco-dentaire du fait de la non-assistance des parents ou des tuteurs légaux en dépit d'un accès possible au soin et en parfaite connaissance des risques. Durant la première consultation de l'enfant, le chirurgien-dentiste se retrouve parfois face à de multiples lésions carieuses, des atteintes parodontales ou des infections. Il devra alors analyser toutes les lésions observées et vérifier la cohérence avec l'histoire racontée. Certaines d'entre elles devront alerter le praticien : [91]

- Dyschromies des dents antérieures, couleur noire, grisâtre, jaune ou rosée
- Dents fracturées dont l'étiologie de la fracture est incertaine ou non identifiée
- Formule dentaire perturbée et dents absentes
- Gencives en cours de cicatrisation en regard d'un traumatisme dentaire
- Multiples lésions carieuses visuellement non traitées et facilement identifiables par n'importe quel individu.

Ces lésions peuvent porter atteintes aux fonctions orales telles que la mastication, la parole et donc plus généralement à l'apprentissage, la communication et la nutrition, essentiels à la croissance et au développement normal de l'enfant.

Plusieurs études réalisées aux Etats-Unis, au Canada et en Australie reportent les signes cliniques suivants chez des enfants victimes de violences ou de négligences : Lésions carieuses étendues non obturées, Carie précoce de l'enfant, absence d'hygiène bucco-dentaire, gingivite, dépôt de plaque, fractures coronaires, dyschromies, dents temporaires avec déminéralisation importante. [101]

Les enfants victimes d'abus physiques ont plus de risques de présenter des fractures coronaires, des luxations ou des avulsions traumatiques. Les fractures coronaires (*Figure 5*) des incisives sont fréquentes chez l'enfant mais elles doivent tout de même alerter sur une potentielle maltraitance. L'examen de chaque face doit être rigoureux, afin de déceler la moindre fêlure coronaire. Des tests de percussions doux devront ensuite être réalisés. Toute douleur à la percussion doit susciter la prise d'un cliché rétro-alvéolaire pour diagnostiquer

une éventuelle fracture radiculaire. En effet les fractures radiculaires sont souvent présentes en absence de signes coronaires.

Les traumatismes desmodontaux sont souvent associés aux fractures dentaires et fréquents en cas d'agression physique. On retrouve les contusions, les subluxations, les ingressions, les égressions, les luxations latérales et les luxations complètes. Dans certains cas, la dent est expulsée de son alvéole, on parle d'avulsion traumatique.

De même, les coups portés à la sphère orale peuvent entraîner des nécroses pulpaire associée à une dyschromie grisâtre de l'émail.

➤ Muqueuses [18][96][100][102]

Les blessures muqueuses comportent les ecchymoses, érosions et brûlures. Les lésions observées sont souvent des brûlures thermiques, fortement évocatrices d'une origine non accidentelle (*Figure 5*).



Figure 5. Brûlure thermique linguale [94]

La face interne des joues, la muqueuse palatine et pharyngée doivent aussi être inspectées à la recherche de contusions d'origine traumatique (Alimentation ou sexe oral forcé). Les signes muqueux de violences sexuelles sont rares. Toutefois il est possible d'observer des pétéchies sur la muqueuse palatine, notamment au niveau de la jonction entre palais dur et palais mou (purpura vélo-palatin), signe de fellation forcée. [97] Celle-ci peut également mener à la transmission d'infection (Infection sexuellement transmissible). Dans le cadre de la syphilis, on observera une lésion érythémateuse indurée, superficielle, arrondie et régulière appelée

chancre syphilitique. Lors de la syphilis secondaire, on note la présence de gomme syphilitique, des tuméfactions de consistance gommeuse, au niveau des lèvres, du palais ou de la langue. De même, le VIH est potentiellement transmissible et se caractérise par une primo-infection avec un exanthème maculopapuleux, diverses ulcérations buccales et un syndrome mononucléosique. Par la suite d'autres lésions peuvent apparaître, secondaires à l'immunodéficience acquise : Candidose, Herpès buccal, lésion à papillomavirus, leucoplasie orale chevelue ou encore gingivite érythémateuse ou ulcéro-nécrotique. [18]

Les freins sont également une zone à risque de traumatisme. Des ruptures partielles ou totales de frein labial peuvent être observées. Ces lésions apparaissent lorsque par exemple l'introduction de la cuillère en bouche est forcée, l'enfant serre les maxillaires pour empêcher la cuillère d'entrer, celle-ci glisse et sectionne la base du frein labial supérieur. [91] Il faut cependant ne pas oublier que ces lésions sont souvent accidentelles et fréquentes lors de l'apprentissage de la marche entre 9 mois et 2 ans. Une rupture du frein est donc très suspecte en dehors de cette période. [103]

Un coup porté à la bouche ou une traction inappropriée de la lèvre peut également entraîner un déplacement violent de celle-ci, entraînant la rupture du frein.

La langue doit aussi être soigneusement examinée. Lors d'un choc à la mandibule, la langue peut se retrouver écrasée entre les deux arcades. On observera des traces de morsure. La plupart du temps les lésions se situent sur les bords latéraux, la pointe de la langue peut également être touchée. Le frein lingual peut être rompu lors d'une traction importante de la langue hors de la cavité buccale. Le frein lingual vient alors se sectionner sur les incisives mandibulaires. [18]

4. Examen radiologique

Les clichés radiographiques sont des examens complémentaires et permettront notamment de confirmer des diagnostics de lésions osseuses associés à la maltraitance. C'est avant tout l'examen clinique qui guidera le praticien et l'orientera vers la réalisation de radiographies, en respectant les principes d'ALARA (« As Low As Reasonably Achievable »). Les sévices physiques entraînent dans environ 20% des cas des fractures osseuses. Elles peuvent survenir indirectement (par rotation ou traction violente d'un membre ou d'une extrémité) ou directement (force appliqué directement sur l'os via un coup). L'ensemble des fractures

observées, par leur localisation et leur chronologie, constitue le syndrome de Silverman. [18] Chez tout enfant de moins de 2 ans présentant des lésions cutanées suspectes, un examen radiologique du squelette complet devra être réalisé afin de confirmer ou infirmer ce diagnostic.

Une maltraitance devra être évoquée à la découverte de lésions multiples et multifocales. Des stades de consolidation osseuse différents sont pathognomoniques des sévices répétés et la présence de cals osseux témoigne d'anciennes fractures négligées. [50] Plus l'enfant est jeune, plus les fractures seront suspectes, surtout s'il ne sait pas encore marcher. Les os concernés sont majoritairement le crâne, l'humérus, le fémur, le sternum, la clavicule et les côtes. [37] En 1964, John Caffey décrit des arrachements métaphysaires souvent localisés à l'humérus proximal, le fémur distal et le tibia et qui sont associés à des forces de cisaillement et de traction. Il associa la présence de fractures bilatérales étagées de la partie postérieure des côtes, d'avulsion des apophyses épineuses du rachis et d'hématomes sous-duraux en un syndrome qu'il appellera le « syndrome du bébé secoué », cet ensemble étant le résultat d'un enfant saisi et comprimé par le thorax et les côtes puis secoué. [37][51] La tomодensitométrie cérébrale permettra notamment de mettre en évidence un traumatisme crânien ou des hématomes sous-duraux. En cas de discordance entre la tomодensitométrie et l'examen clinique, une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) pourra être réalisée en complément, avec davantage de précision pour les lésions parenchymateuses telles que les contusions non hémorragiques et les lésions axonales d'étirement. [104]

L'orthopantomogramme est un cliché en deux dimensions qui pourra étudier la mandibule et les structures dento-alvéolaires, à la recherche de traumatismes dentaires et parodontaux, également identifiables via un cliché rétro-alvéolaire avec davantage de précision. Lors de traumatismes faciaux importants, le scanner est l'examen le plus important. Il permet une approche tridimensionnelle et ainsi de diagnostiquer des fractures des condyles des articulations temporo-mandibulaires (*Figure 6*) ou encore des os de la face (*Figure 7*). [91]

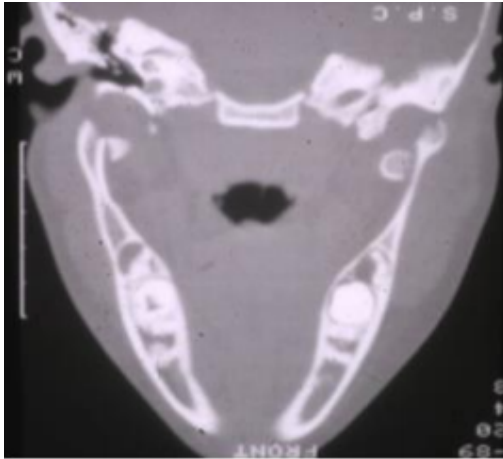


Figure 6. Scanner montrant une fracture condylienne bilatérale [100]

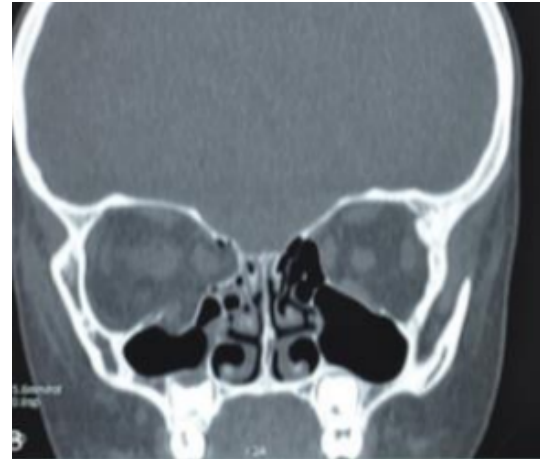


Figure 7. Scanner montrant une fracture du plancher de l'orbite avec effondrement du plancher (coupe coronale) [91]

Ayant l'avantage d'être moins irradiant que le scanner, le « cône beam » pourra également être utilisé, avec davantage de spécificité pour les structures dento-alvéolaires. [91]

5. Séquelles psycho-sociales et comportementales [18][57][77][91][105]

La survenue de mauvais traitements au cours de l'enfance n'est pas sans conséquences sur la santé psychique des victimes. La non satisfaction des besoins émotionnels de l'enfant tels que l'amour, la protection, la stabilité, l'encouragement, empêchera un développement psycho-affectif harmonieux. En effet, si les séquelles observées peuvent différer en fonction de l'âge de l'enfant, on retrouve fréquemment trois signes majoritaires : la dépression, le stress post-traumatique et les troubles de l'attachement. Pendant l'enfance, divers troubles internalisés peuvent faire leur apparition. L'enfant est angoissé, anxieux, isolé et ressent une faible estime de lui-même. Les relations sociales sont également compliquées pour lui, ayant des difficultés à reconnaître et à comprendre les émotions. Il n'aura donc que peu d'interactions positives avec ses pairs et en général un comportement plus agressif avec autrui. Il peut présenter aussi des troubles externalisés, tels que l'agressivité, l'hyperactivité, l'impulsivité ou toute sorte de conduites antisociales.

La survenue d'un syndrome de stress post-traumatique ou PTSD (Posttraumatic stress disorder) est fréquente dans les cas de maltraitance. D'après Terr (1991), le traumatisme de

l'enfant est « *la conséquence mentale d'un choc externe soudain ou d'une série de chocs, rendant l'enfant temporairement sans secours et rompant les stratégies d'adaptation et les mécanismes de défenses* ». Essentiellement jusqu'à 3 ans, on observera des signes suspects tel que des troubles du sommeil, des crises de panique, une hyper-vigilance et hypertonicité, des réactions exagérées aux stimuli quotidiens, des évitements phobiques, une régression développementale. Chez l'enfant subissant des agressions chroniques et répétées, diverses stratégies d'autoprotection et de défenses se mettent en place : Dénier (Insensibilité à la douleur, amnésie), autohypnose, dissociation, réaction d'extrême violence ou d'extrême passivité envers l'agresseur. Sont également observés chez l'enfant certains échecs dans l'apprentissage scolaire, aggravant le retard développemental et potentiellement les conditions de maltraitance.

A l'adolescence, certains signes comportementaux doivent alerter : Actes auto-agressif (automutilation, scarification), Abus de substances (Alcool, drogues), comportements sexuels à risque avec risque d'IST, délinquance. Ces conduites addictives sont souvent observées chez les filles, associés à des troubles anxio-dépressifs. Une mésestime profonde d'elles même peut parfois mener au suicide, qui reste la première cause de mortalité de cette population.

A l'âge adulte, des traces résiduelles de ces traumatismes peuvent encore être présentes, visible parfois par une dépression chronique, un sentiment d'insécurité ou des difficultés à s'insérer dans la vie professionnelle ou sociale.

c) Diagnostic différentiel [91][96] [106][107][108][109]

Identifier une lésion consécutive à une maltraitance n'est pas aisée étant donné l'étendue des autres diagnostics possibles. Même si une lésion peut paraître suspecte, il ne faut pas oublier les potentielles causes accidentelles ou pathologiques.

1. Ecchymoses [96][106]

Si des ecchymoses peuvent survenir lors de sévices physiques, de telles lésions peuvent s'expliquer différemment. Ainsi, il peut être conseillé d'effectuer un bilan sanguin pour obtenir davantage d'informations :

- Hémophilie
- Maladie de Willebrand
- Purpura Thrombopénique
- Taches mongoloïdes
- Purpura de Schönlein-Henoch
- Lichen scléreux et atrophiques
- Syndrome d'Ehlers-Danlos
- Leucémie aigüe
- Maladie de Fineltin
- Hémangiomes
- Lymphangiomes
- Incontinentia pigmenti

2. Brûlures [96][106][107]

Les brûlures observées peuvent trouver plusieurs origines : Accidentelles, infectieuses, allergiques ou encore une pathologie acquise ou héréditaire. Elles peuvent être confondues avec des brûlures intentionnelles, d'où l'importance de l'anamnèse et de l'analyse du dossier médical de l'enfant.

- Accident domestique
- Epidermolyse bulleuse
- Impetigo
- Herpès
- Photodermatose
- Staphylococcal Scalded Skin Syndrome (Syndrome d'épidermolyse staphylococcique)
- Syndrome de Steven-Johnson
- Dermatite à IgA linéaire

3. Morsures [91]

Les morsures présentent une forme caractéristique qui facilite souvent leur identification. Toutefois, d'autres lésions peuvent reproduire un schéma identique même si elles sont dépourvues des empreintes inhérentes à la morsure :

- Eczéma
- Pityriasis rosé

4. Alopécie [96]

La perte des cheveux chez l'enfant n'est pas systématiquement due à un sévice associé à une traction des cheveux. En effet il est même difficile d'identifier de manière certaine une maltraitance sur ce type de lésion. L'alopécie peut être associée à différents diagnostics :

- Teignes
- Alopécie de tressage
- Trichotillomanie
- Syndrome des cheveux anagènes caduques
- Pelade

5. Lésions endo-buccales [96]

La maltraitance physique et la négligence peuvent entraîner de nombreuses lésions de la sphère orale telles que des contusions, des brûlures, des luxations dentaires ou encore de multiples lésions carieuses. Néanmoins, ces lésions peuvent être également retrouvées en absence de mauvais traitements et ont donc des causes différentes. Par exemple, l'apprentissage de la marche ou du vélo occasionne souvent des chutes associées à des fractures dentaires ou des traumatismes parodontaux. Certaines ulcérations constatées lors de transmission d'IST par abus sexuels peuvent évoquer également une aphtose ou un pemphigus vulgaire. De même, la succion excessive de la tétine peut entraîner des ulcérations médianes au niveau du palais osseux. L'alimentation forcée peut entraîner des blessures au niveau des bord latéraux du voile du palais, tout comme lorsque l'enfant chute avec un objet en bouche (brosse à dent, stylo, sucette...)

6. Fractures osseuses [91][106]

Certaines fractures chez l'enfant semblent suspectes selon leur localisation, leur nombre et leur chronologie et peuvent nous orienter vers une maltraitance. Cependant certaines fractures peuvent être expliquées différemment, par des pathologies osseuses ou encore des accidents.

- Ostéogénèse imparfaite
- Ostéopénie des grands prématurés (moins de 32 semaines de gestation)
- Ostéopénie d'inactivité chez les handicapés
- Rachitisme
- Tumeur bénigne (Kyste osseux essentiel ou anévrisimal, fibrome non ossifiant, ostéoblastome, chondrome solitaire, tumeur à cellules géantes, ostéome ostéoïde) et maligne (ostéosarcome, chondrosarcome, tumeur d'Ewing) [108][109]
- Insensibilité à la douleur

7. Pratiques culturelles [96]

Dans le monde, certaines cultures ont conservés des pratiques ancestrales, souvent dans un but thérapeutique, entraînant des lésions considérées comme bénéfiques. Beaucoup de ces pratiques proviennent d'Extrême Orient, notamment de la médecine chinoise.

- Cupping (Traitement par succion à l'aide de ventouses)
- Coining ou Gua Sha (Frottement de la peau avec un objet dur comme une pièce de monnaie) [110]
- Moxibustion (Stimulation thermique des points d'acupuncture) [111]

IV. La protection de l'enfance

a) Définition :

La définition la plus récente de la protection de l'enfance est celle de l'article 112-3 du Code de l'action sociale et des familles, établi le 5 mars 2007 et réformée le 14 mars 2016 : « *La protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits* ». [112]

Le 20 novembre 1989, le préambule de la convention internationale des droits de l'Enfant annonçait les trois notions fondamentales composant le concept de protection de l'enfance : [113]

- Les enfants sont vulnérables et par conséquent nécessitent une attention particulière.
- Les soins et la protection de l'enfant incombent en premier lieu à la famille, qui en est le responsable fondamental.
- Il est nécessaire d'organiser une protection sociale dans chacun des états membres de la convention.

Le but premier de la protection de l'enfance est d'aider et de protéger les « enfants en danger ou en risque de l'être », c'est à dire les enfants dont les besoins fondamentaux sont compromis ou risquent de l'être : [114][115]

- ❖ Santé ou développement physique
- ❖ Sécurité
- ❖ Moralité

- ❖ Education ou développement intellectuel
- ❖ Développement affectif ou social

Le danger peut également être présent à l'extérieur du cercle familial (harcèlement à l'école, accès à du contenu inapproprié à la télévision ou sur internet). Les enfants qui ne bénéficient pas de réponses adaptées à leurs besoins fondamentaux sont, eux, en risque de danger. [115]

b) La protection de l'enfance dans le monde

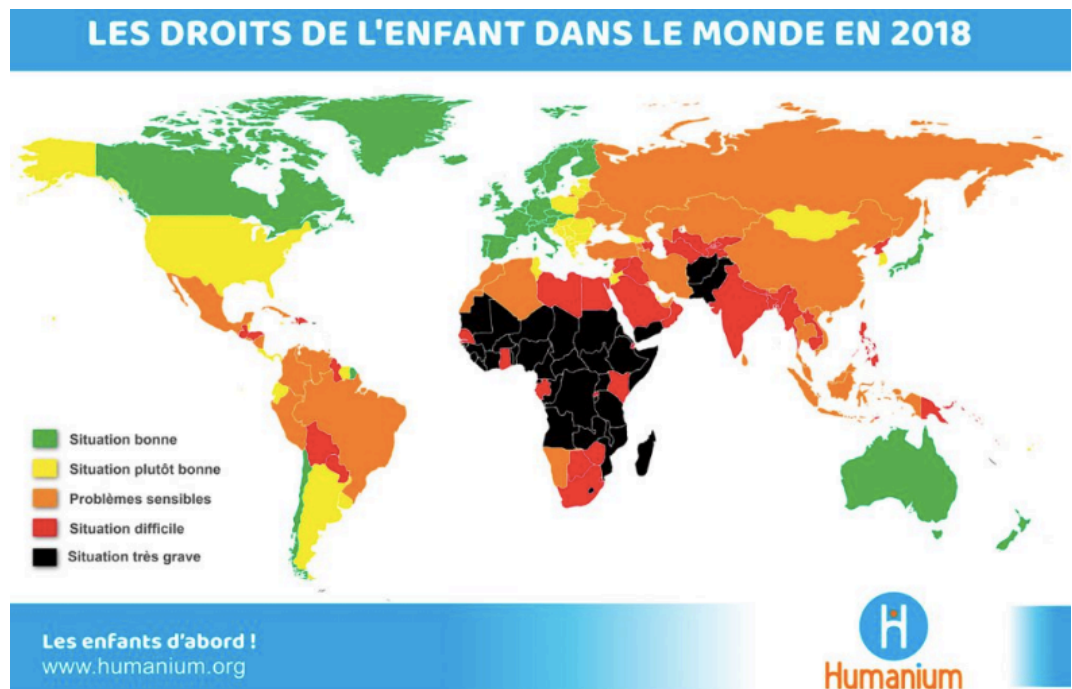


Figure 8. Carte représentant le respect des droits des enfants dans le monde [116]

La maltraitance est une réalité pour des millions d'enfants dans le monde. A l'échelle internationale, plusieurs ONG (Organisations Non Gouvernementales) luttent pour la protection et les droits de ces enfants : UNICEF, Plan International, Humanium ou encore Vision Du Monde. Elles agissent contre de nombreux fléaux : Trafics d'enfants, violences sexuelles, recrutement d'enfants et d'adolescents dans les conflits armés, travail forcé... Afin d'obtenir un aperçu du respect des droits des enfants dans le monde, l'organisation Humanium a conçu une carte attribuant à chaque pays un « indice de concrétisation des droits

de l'enfants ». (*Figure 8*). [116]

Les ONG ont diverses méthodologies et approches pour atteindre leurs objectifs. Par exemple, l'UNICEF agit essentiellement sur le plan législatif, en renforçant les cadres légaux sur la protection de l'enfance de différents pays ou en sollicitant les gouvernements. L'organisation effectue également des campagnes de lutte contre certaines pratiques ou normes sociales néfastes. [117]

Le travail des enfants a été longtemps, et demeure encore aujourd'hui, un combat mené par l'UNICEF qui a permis une diminution de 30% du nombre d'enfants travailleurs depuis 2000. [117] L'organisation « Humanium » suit quant à elle une approche plus individuelle, qui cible la psychologie de l'enfant et leur apporte un soutien. Des ateliers de 50 personnes sont organisés dans les villages afin d'évaluer les besoins. Le but est que chaque enfant ait conscience de ses capacités, qu'il devienne fort et autonome afin d'atteindre ses objectifs. [118]

c) La protection de l'enfance en France

1. Cadre légal :

Plusieurs lois permirent de déterminer l'organisation française de la protection de l'enfance telle qu'on la connaît. Premièrement, les lois Deferre de décentralisation de 1982 ont permis de transférer certains pouvoirs décisionnaires et compétences de l'Etat vers les collectivités territoriales. [119][120] La loi 83-663 du 22 juillet 1983 et la loi 89-487 du 10 juillet 1989 [121][122] placent le département comme gestionnaire principal de la protection de l'enfant. Il est attribué au conseil départemental trois services :

- ❖ L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) : Il s'agit d'un service non personnalisé du département dont les missions, définies par l'article L-221-1 du code de l'action sociale et des familles, modifié dans l'article 17 de la loi 2018-703 du 3 août 2018, comprennent les actions suivantes : [123]

1. *« Apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique tant aux mineurs et à leur famille ou à tout détenteur de l'autorité parentale, confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social, qu'aux mineurs émancipés et majeurs de moins de vingt et un ans confrontés à des difficultés familiales, sociales et éducatives susceptibles de compromettre gravement leur équilibre. »*

2. *« Organiser, dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale, des actions collectives visant à prévenir la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles, notamment des actions de prévention spécialisée visées au 2° de l'article L-121-2. »*

3. *« Mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs mentionnés au 1° du présent article. »*

4. *« Pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service et veiller à leur orientation, en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal. »*

5. *« Mener, notamment à l'occasion de l'ensemble de ces interventions, des actions de prévention des situations de danger à l'égard des mineurs et, sans préjudice des compétences de l'autorité judiciaire, organiser le recueil et la transmission, dans les conditions prévues à l'article L. 226-3, des informations préoccupantes relatives aux mineurs dont la santé, la sécurité, la moralité sont en danger ou risquent de l'être ou dont l'éducation ou le développement sont compromis ou risquent de l'être, et participer à leur protection. »*

6. *« Veiller au repérage et à l'orientation des mineurs victimes ou menacés de violences sexuelles, notamment des mineures victimes de mutilations sexuelles. »*
 7. *« Veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec d'autres personnes que ses parents soient maintenus, voire développés, dans son intérêt supérieur. »*
 8. *« Veiller à la stabilité du parcours de l'enfant confié et à l'adaptation de son statut sur le long terme. »*
 9. *« Veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec ses frères et sœurs soient maintenus, dans l'intérêt de l'enfant. »*
- ❖ La Protection Maternelle et Infantile (PMI) : [124] C'est un service départemental chargé de la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. Il organise notamment des consultations de prévention et de suivi pour les femmes enceintes, les parents et les enfants de moins de 6 ans. On retrouve également des actions de planification familiale et d'éducation. Ce service s'occupe aussi de l'accueil des jeunes enfants, par la formation, la surveillance et le contrôle des assistantes maternelles.
 - ❖ le Service Départemental d'Action Sociale : C'est un service responsable de l'ensemble des actions sociales gérées par le département à savoir la lutte contre l'exclusion et la pauvreté, l'aide aux personnes âgées, l'aide à l'enfance et l'aide aux personnes handicapées. [125]

Au niveau national, c'est le ministère des solidarités et de la santé qui mène la politique générale de la protection de l'enfance.

La convention internationale des droits de l'enfant fut ratifiée par la France le 7 août 1990, deuxième pays d'Europe à avoir apposé sa signature après la Suède. [126]

2. La protection de l'enfance : une responsabilité à 3 niveaux

En France, La protection de l'enfance s'effectue sur plusieurs plans et par différents acteurs :

- A. La protection parentale : d'après l'article 371-1 du code civil, « *L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concerne, selon son âge et son degré de maturité.* » [127]
- B. La protection administrative : C'est le premier degré de protection hors du champ d'action familial. Elle est assurée par le conseil départemental et donc sous la responsabilité du président du conseil départemental à travers la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP). La CRIP permet l'identification des situations de maltraitance et ainsi d'engager des mesures administratives. Celles-ci sont effectuées majoritairement par l'Aide Sociale à l'Enfance, par des suivis d'enfants ou de familles, des aides financières, éducatives ou encore des placements provisoires en famille d'accueil.
- C. La protection judiciaire : elle est portée par le procureur de la république. Comme cité dans l'article 375 du code civil, elle ne s'applique que « *Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises* ». [127] Le procureur, destinataire d'un signalement, peut le renvoyer à la CRIP si les éléments sont insuffisants, ouvrir une enquête préliminaire de police ou encore saisir, via une requête déposée au tribunal judiciaire, le juge des enfants. Celui-ci peut alors prendre des mesures judiciaires d'investigations éducatives, en organisant un suivi par une personne qualifiée ou un service spécialisé. Dans les cas les plus graves, le juge des enfants peut confirmer, à la suite d'une ordonnance de placement provisoire (OPP) prise par le procureur, ou engager lui même des mesures

de placement de l'enfant au sein d'institutions ou de Lieu de Vie et d'Accueil.
[115][128][129]

3. Les 3 missions de la protection de l'enfance

Les actions de protection de l'enfance comprennent 3 volets : [130]

A. La prévention : [49][131]

Depuis la loi du 5 mars 2007, la prévention est devenue un axe majeur de la protection de l'enfance. Elle a pour but de minimiser les risques de mise en danger de l'enfant et les effets associés à une situation de danger. Des mesures préventives sont mise en place, visant à la fois les parents et les enfants, dans un but éducatif, médical, psychologique et social.

L'organisation de la prévention s'appuie sur l'intervention de divers acteurs. La protection maternelle et infantile organise par exemple des consultations préventives prénatale et post-natales dans le but d'accompagner les parents et les nourrissons, particulièrement pour les plus démunis. Ces consultations sont gratuites et destinées aux enfants de 0 à 6 ans. Elles sont réalisées par un médecin et une puéricultrice. Ces consultations ont la vocation de déceler d'éventuelles difficultés pour le futur parent ou l'enfant et de proposer une aide si nécessaire. Tous les enfants sont obligatoirement soumis à une visite médicale afin de dresser un bilan de leur état de santé physique et psychique, et ce au cours de leur sixième, neuvième, douzième et quinzième année. [132]

Le dépistage du handicap chez les enfants de moins de 6 ans et l'orientation vers des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) sont également des mesures préventives, pour éviter l'aggravation du handicap.

Parmi les nombreux dispositifs de prévention, la Croix-Rouge française propose des relais parentaux, lieux d'accueil innovants où les parents peuvent confier leurs enfants en cas de difficultés passagères ou régulières. [133]

Les services de santé scolaire sont également très impliqués dans la prévention, du fait de leur proximité avec les élèves et de leur suivi au cours de leur scolarité. Ils participent à des bilans systématiques et périodiques des enfants tous les 3 ans, entre 6 et 15 ans. [131]

De même, les professionnels sociaux et éducatifs accompagnent les enfants, les familles et les adolescents en agissant le plus en amont possible. Le but est d'apporter une solution aux difficultés éducatives et familiales présentes ou potentielles. [131]

Enfin, d'autres acteurs interviennent au sein de la politique de prévention : les communes, les associations, les professionnels libéraux, et globalement tout professionnels du secteur public ou privé ayant un rôle à jouer dans la prévention des risques auxquels peut être exposé un enfant. [131]

B. Le repérage : [134][135]

L'identification des cas de maltraitances par les particuliers se fait majoritairement via le Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED) que l'on peut contacter par le numéro « 119 ». Le SNATED est la deuxième entité composant le Groupement d'Intérêt Public Enfance en Danger (GIPED), la première étant l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE). [136] Il fut installé par application de la loi du 10 juillet 1989. C'est un numéro gratuit, ouvert 24h/24, 7 jours/7 et financé à part égale par l'Etat et les conseils départementaux. Chaque appel entrant arrive dans le système du SNATED via un message d'accueil. Si l'appelant ne raccroche pas et que sa demande concerne bien les missions du service, l'appel est présenté. Une fois l'appel présenté, si l'appelant ne raccroche pas, l'appel est décroché par un agent de pré-accueil ou directement par un écoutant du plateau. Si la conversation téléphonique aboutit à une aide immédiate ou une information préoccupante, l'appel est dit « traité ». (*Figure 9*)

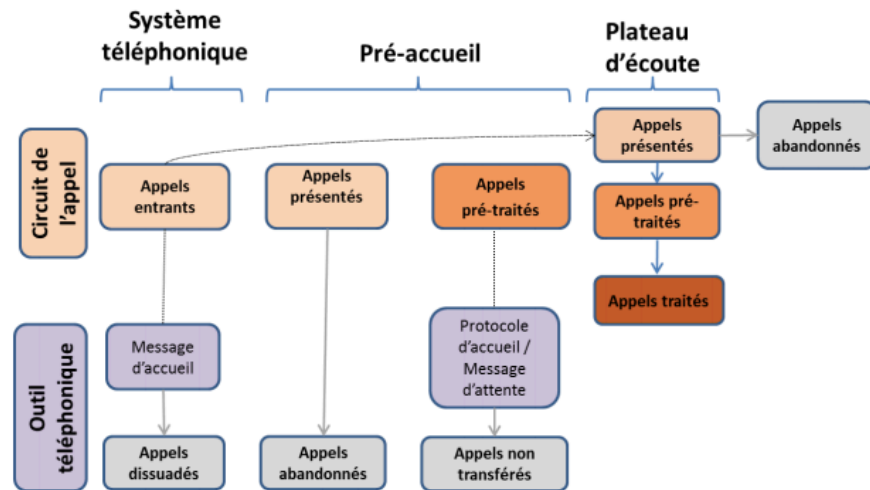


Figure 9. Représentation schématique du circuit d'appel au sein du SNATED [137]

Une aide immédiate est un entretien téléphonique où un enfant est déclaré comme en danger ou en risque de l'être mais sans éléments identifiants. L'entretien aboutit alors sur des conseils, des orientations, du soutien, des renseignements, et le compte rendu de l'appel est conservé trois ans par le service.

Une information préoccupante est, quant à elle, un entretien où le compte rendu de l'appel est transmis à la CRIP du ou des départements concernés. Ce compte rendu est conservé également trois ans par le service.

En 2018, le standard téléphonique recevait en moyenne 737 appels par jour, aboutissant à une information préoccupante pour 46 enfants par jour ainsi que 47 aides immédiates par jour. [137] Plus globalement, l'observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) permet d'apporter un recensement des maltraitances infantiles et un développement des données chiffrées. Ainsi chaque année il produit un rapport dédié au gouvernement et au parlement, le dernier datant du 12 mai 2020. [138] Celui-ci annonce les données chiffrées de l'année 2019, dont les principales sont les suivantes : [73]

- ❖ Au 31 décembre 2018, environ 306 800 enfants dans la France entière (hors Mayotte) sont concernés par au moins une prestation ou service de protection de l'enfance, soit 21% des mineurs. Concernant les jeunes majeurs de 18 à 21 ans, c'est une estimation à 21 400 individus, soit 9,1% de la population de cette tranche d'âge.

- ❖ En 2018, 110 035 nouveaux enfants ont fait l'objet de la saisine du juge des enfants, avec pour origine le parquet dans la majorité des cas (84%)
- ❖ 122 mineurs victimes d'infanticides en 2018, dont 80 dans le cadre intrafamilial. Les deux tiers de ces enfants avaient moins de 5 ans au moment du décès.
- ❖ 8,28 milliards d'euros de dépenses brutes des départements pour l'ASE. (hors Mayotte)
- ❖ Au 31 décembre 2018, environ 3010 enfants ont le statut de pupille de l'Etat. Ces enfants sont sous la responsabilité de l'Etat pour diverses raisons : Enfant né sous X, enfant non déclaré, enfant errant, enfant orphelin ou enfant confié à l'Etat par décision juridique. [139]
- ❖ Environ 550 enfants sont nés sous le secret au cours de l'année 2018
- ❖ En 2018, environ 720 enfants ont quitté le statut de pupille de l'Etat suite à une adoption, chiffre en baisse de 8% par rapport à 2017
- ❖ Environ 10 800 agréments d'adoption en cours de validité au 31 décembre 2018, chiffre en baisse de 11% par rapport à 2017.
- ❖ 63 033 mineurs victimes de violences physiques enregistrés par les services de police et de gendarmerie en 2018, chiffre en hausse de plus de 6% par rapport à 2017.
- ❖ 23 600 mineurs victimes de violences sexuelles recensés par les services de sécurité en 2018, chiffre en hausse de 7% par rapport à 2017.

Les informations peuvent aussi provenir d'une transmission directe à l'Aide Sociale à l'Enfance, par téléphone, par courrier ou lors d'un entretien (Dans le cadre d'un suivi social

d'une famille). La transmission directe est préférentiellement utilisée par les professionnels (Hôpital, police, éducation nationale).

C. Les décisions administratives et judiciaires :

Le dispositif français de protection de l'enfance est double : Les enfants en danger ou en risque de l'être sont à la fois confiés au service d'aide sociale à l'enfance (protection administrative) et au juge des enfants (protection judiciaire). [128]

4. Les différents acteurs [140]

Le conseil départemental présente un rôle central dans le recueil, le traitement et l'évaluation des informations préoccupantes. D'après l'article L-226-3 de la loi du 5 mars 2007, « *Le président du conseil général (actuellement conseil départemental) est chargé du recueil, du traitement et de l'évaluation, à tout moment et quelle qu'en soit l'origine, des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être* ». [42]

L'accomplissement des missions de la cellule départementale nécessite une collaboration pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle apportant des compétences techniques dans les domaines sociaux, médicaux et éducatifs. Le dispositif concerne donc un large éventail d'acteurs du secteur public et privé :

- Le parquet
- La protection judiciaire de la jeunesse
- L'Éducation Nationale
- Les établissements hospitaliers
- Les acteurs de santé
- Les services de police et de gendarmerie

Sont parfois aussi impliqués les établissements et services pour enfants handicapés, les centres communaux et intercommunaux, la direction départementale de la jeunesse et des sports, les établissements d'enseignements sous et hors contrat...Les associations de

protection de l'enfance, telles que « L'Enfant Bleu » ou « La Fondation pour l'Enfance » peuvent également être sollicitées par le président du conseil départemental afin de collaborer.

Enfin, un relai entre la cellule départementale et les acteurs représentatifs du monde professionnel peut être organisé, sous la forme de partenariat avec l'Ordre des médecins ou l'Ordre des chirurgiens-dentistes, l'Ordre des avocats.

d) Vers de nouvelles pistes pour améliorer la protection de l'enfance

Le système de protection de l'enfance ne cesse d'évoluer et de se réformer afin d'améliorer encore et toujours le bien-être des enfants et la défense de leurs droits. Toutefois, on remarque aujourd'hui que ce système est perfectible. En effet, certaines affaires judiciaires, telle que l'affaire Marina Sabatier en août 2009 [141], montre parfois le dysfonctionnement dont souffrent les institutions concernant la prévention de la maltraitance. En effet, malgré plusieurs signalements judiciaires effectués (Tante, médecin scolaire, directeurs d'écoles, hôpital, gendarmerie) suite au calvaire subit par Marina Sabatier, victime de sévices par ses parents durant toute sa vie et jusqu'à sa mort à l'âge de 8 ans, les institutions de protection de l'enfance n'ont pas eu les réactions adaptées et n'ont pas pris les mesures nécessaires pour protéger l'enfant. Les associations de protection de l'enfance ont alors visé les services sociaux et le parquet du département de la Sarthe en estimant une défaillance et un dysfonctionnement du système, dû notamment au manque de suivi des dossiers entre les institutions, au temps de réactions trop longs suite aux signalements et au survol de l'enquête pénal.

Pour éviter que ce drame se reproduise, de nombreux acteurs ont proposés des pistes d'améliorations de système français de protection de l'enfance. La « Fondation pour l'Enfance » souhaite promouvoir le développement de la prévention avant même la naissance de l'enfant, renforcer les compétences éducatives des parents afin qu'ils identifient les enjeux liés au projet d'élever un enfant et de lui « *ouvrir l'accès à une vie harmonieuse et accomplie* ». [115]

1. Concertation sur la protection de l'enfance du 27 mars 2019

Le 27 mars 2019, le secrétaire d'Etat auprès du ministère des solidarités et de la santé, Adrien Taquet, lança une concertation sur la protection de l'enfance. Six groupes de travail fut organisés afin de répondre à différentes thématiques : [142]

- Sécuriser les parcours de l'enfant
- Développer les modes d'accueil de type familial
- Mieux accompagner les enfants en situation de handicap
- Promouvoir l'ambition scolaire des enfants
- Diffuser une culture de la transparence et de la qualité des lieux d'accueil
- Renforcer le pilotage de la politique publique et la participation des enfants et de leurs familles

Le 26 juin 2019, les groupes de travail, coprésidés par des présidents de conseil départementaux et composés d'une grande variété de professionnels et d'anciens enfants placés, rendaient leurs conclusions. De nombreuses pistes ont été proposées, dont les principales ont été les suivantes : [143]

- Permettre la saisine d'au moins deux juges pour les décisions les plus complexes concernant l'enfant
- Réaffirmer le rôle du projet pour l'enfant et de son référent
- Systématiser le recensement et le traitement des événements indésirables et des cas de maltraitance en établissement

- Promouvoir les différents types d'accueil familial et améliorer le statut des assistant familiaux
- Mieux accompagner les enfants en situation de handicap à travers des équipes mobiles et des accueils de jour
- Organiser l'intervention d'enseignants au sein des lieux d'accueil en protection de l'enfance
- Anticiper et mieux préparer les fins de mesures de protection et le retour à domicile
- Clarifier et renforcer le pilotage de cette politique publique

2. Amélioration des connaissances statistiques

L'amélioration des connaissances statistiques en protection de l'enfance est également une piste d'étude. A partir de 2019 et en 2020, la Direction de la Recherche, de l'Etude, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a mis en œuvre plusieurs chantiers afin de répondre aux besoins actuels, regroupés en quatre axes : [144]

- Mieux exploiter les bases statistiques existantes et accroître les analyses et études réalisées sur la thématique
- Réaliser deux nouvelles études : La DREES réalisera en 2020 une étude sur les assistants familiaux afin de dresser un bilan complet sur le profil de ces professionnels, leurs conditions de travail et leurs motivations. Cette étude devra permettre de trouver une solution aux difficultés rencontrées. Par ailleurs, un projet d'étude intitulée « Autonomie » concernant les enfants en situation de handicap devrait être réalisé d'ici 2021 à 2023.

- Améliorer le repérage des personnes concernées par la protection de l'enfance dans les enquêtes statistiques généralistes
- Améliorer l'utilisation des données administratives sur l'Aide Sociale à l'Enfance

V. La prise en charge par le chirurgien-dentiste

a) Le chirurgien-dentiste et la protection de l'enfance : Les obstacles en pratique clinique

Le chirurgien-dentiste joue un rôle important dans le suivi médical de l'enfant. De sa première visite, aux alentours de 1 à 2 ans, et jusqu'à l'âge adulte, l'enfant est amené à se rendre régulièrement au cabinet dentaire afin d'effectuer des bilans et des soins si nécessaires. Le chirurgien-dentiste a donc une vision de l'évolution de l'enfant, tant sur le plan bucco-dentaire que sur les plans psychologiques et comportementaux.

Le chirurgien-dentiste a donc accès à un large éventail d'informations, qui lui donne un statut particulier dans le repérage des maltraitances. Pourtant, la part de signalement venant du secteur médical est très faible, avec seulement 2 à 5 % des signalements. [69]

En effet, les signes cliniques sont souvent ambigus et laisse place à l'incertitude. [101]

Plusieurs études réalisées dans différents pays montrent que beaucoup de praticiens échouent à prendre les bonnes initiatives. Ainsi en 2009, une étude publiée dans le British Dental Journal montrait que les chirurgiens-dentistes du Royaume-Uni appliquaient globalement les bonnes mesures de traitement et de prévention bucco-dentaire, mais seulement une faible partie d'entre eux venait à informer les services sociaux de la situation de certains enfants. [145] Par ailleurs, en 2019 paraissait dans l'International Journal of Paediatric Dentistry une étude sur les obstacles et les facteurs influençant la communication entre les chirurgiens-dentistes et les services de protection de l'enfance. Sur 52 praticiens ayant eu une suspicion de maltraitance, plusieurs raisons à l'absence de déclaration aux services sociaux étaient invoquées dont les principales étaient : [146]

- 64% pour l'incertitude de la suspicion.
- 46% avaient planifié un suivi à court terme pour mieux évaluer la situation.
- 29% pour des procédures de protection de l'enfance déjà en cours.
- 15% estimaient une insuffisance de leur connaissance sur les maltraitances infantiles.
- 14% avait peur de rompre leur relation de confiance avec la famille.

Les praticiens se retrouvent parfois face à un dilemme : [147] Soutenir ou rapporter ? (« *support or report ?* ») Dans la première option, le chirurgien-dentiste s'inscrit dans une démarche d'accompagnement, de conseils aux parents et de soutien. Le but est de préserver la relation de confiance avec la famille et ne pas être vu comme une figure autoritaire. Dans la seconde option, une suspicion doit suffire à alerter les services sociaux, la déclaration de la moindre situation de maltraitance étant une obligation professionnelle.

Lors de l'établissement du diagnostic, omettre une négligence ou une maltraitance n'est pas seulement liée à la méconnaissance des signes cliniques ou des moyens de déclaration en cas de suspicion, mais aussi par la peur de commettre une fausse interprétation et parce que les maltraitements infantiles demeurent un sujet tabou. [93]

La décision d'un signalement ou d'une déclaration aux autorités nécessite souvent que le praticien soit en pleine confiance de son diagnostic, d'être rassuré sur la validité de sa suspicion. Il est donc primordial de discuter du cas avec des confrères ou d'autres professionnels (Médecin, pédopsychiatre, infirmière scolaire, enseignants, services sociaux...) afin d'appuyer son propos. Prendre des initiatives dans ces situations n'est pas seulement la responsabilité d'un individu, mais davantage un défi pluridisciplinaire et public. [148]

b) Législation et déontologie

1. Le secret médical

Le chirurgien-dentiste, comme tous les professionnels de santé, est soumis au secret professionnel décrit dans l'article R. 4127-206 du code de déontologie dentaire : « *le secret professionnel s'impose à tout chirurgien-dentiste, sauf dérogations prévues par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du chirurgien-dentiste dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* ». [149]

La révélation d'une information relevant du secret médical est punie par loi, comme décrit dans l'article 226-13 du code pénal : « *La révélation d'une information à caractère secret par*

une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. » [150]

2. les limites du secret médical

A. La levée du secret professionnel

Toutefois, il peut être autorisé de révéler des informations normalement confidentielles dans certaines situations. Ainsi, l'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas suivants : *« 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 ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique. »*

« 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, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est 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. » [151]

B. L'obligation de signalement pour les mauvais traitements et les atteintes sexuelles sur mineurs [152]

D'après l'article 434-3 du code pénal : *« Le fait, pour quiconque ayant connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une*

infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives ou de continuer à ne pas informer ces autorités tant que ces infractions n'ont pas cessé est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. » [153]

Ainsi, les professionnels sont dans l'obligation de dénoncer toutes les atteintes à la personne dont ils sont témoins.

C. L'obligation de dénoncer un crime [152]

N'importe quel crime porté à la connaissance du praticien doit être dénoncé. Selon l'article 434-1 du code pénal : « *Le fait, pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. » [154]*

Ainsi le chirurgien-dentiste se doit, d'un point de vue éthique, de tout mettre en œuvre pour protéger les mineurs potentiellement victime de maltraitances. Selon l'article R. 4127-235 du code de déontologie dentaire : « *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. » [149]*

La révélation d'informations confidentielles dans un contexte d'alerte à la protection de l'enfance ne peut engager la responsabilité du praticien. En effet, d'après l'article 226-13 du code pénal, celui-ci est protégé par la loi en cas de signalement ou d'information préoccupante, sauf s'il est établi une volonté de diffamation à l'encontre du présumé auteur. On parle alors de dénonciation calomnieuse, passible de sanctions allant jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende. [114]

Par ailleurs, depuis la loi du 14 mars 2016, il est possible pour le chirurgien-dentiste de rentrer en contact avec le médecin référent de l'Aide Sociale à l'Enfance, afin de demander de l'aide quant au repérage des maltraitances et des conseils pour les conduites à tenir. [155]

c) Conduite à tenir

Face à une situation suspecte, le chirurgien-dentiste doit se positionner car les maltraitances infantiles ne sont pas des phénomènes anodins. La communication avec les parents et la réflexion collégiale sont encouragées. [46] Avoir confiance en ses suspicions reste le meilleur moyen pour franchir le pas et alerter les autorités. [147]

Si le praticien a connaissance d'un enfant en danger ou en risque de l'être, il doit en alerter les autorités compétentes par les moyens suivants :

- ❖ Appeler le 119. Le service téléphonique pourra transmettre une information préoccupante à la CRIP ou bien, en cas de danger imminent, contacter le procureur de la république, la police ou les pompiers. Il existe également un formulaire à remplir, disponible sur le site internet du SNATED (www.allo119.gouv.fr). [134]
- ❖ Contacter la CRIP du département de l'enfant. Les informations données pourront aboutir à une information préoccupante.
- ❖ S'il n'a pas été possible de contacter le 119 ou la CRIP et que des faits très graves sont constatés : Contacter la police ou la gendarmerie, ou effectuer un signalement au procureur de la république.

1. Information préoccupante

Depuis la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007, réformée en mars 2016, réorganisant la protection de l'enfance, une Cellule de Recueil d'Information Préoccupante (CRIP) a été installée, sous la responsabilité du président du conseil départemental. Une information préoccupante est un ensemble d'éléments susceptibles de laisser craindre qu'un enfant se situe en situation de danger. D'après l'article R226-2-2 du code de l'action sociale et des familles : « *L'information préoccupante est une information transmise à la cellule départementale mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 pour alerter le président du conseil départemental sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement, pouvant laisser craindre que*

sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être.

La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier. » [156]

Elle se rédige grâce à une « fiche de recueil d'une information préoccupante », renseignant les informations sur l'enfant et sur le responsable ainsi que les faits constatés. Cette fiche est ensuite envoyée à la CRIP. [157] (cf. Annexe 1)

La CRIP propose également de donner conseils et avis pour les professionnels. En cas de doute à propos de la situation d'un mineur, une ligne téléphonique est disponible pour le praticien afin de contacter directement la cellule départementale.

Une fois l'information préoccupante transmise, la CRIP va évaluer la situation de l'enfant et déterminer la nécessité ou non d'engager une protection administrative ou judiciaire.

L'évaluation porte sur plusieurs critères :

- L'existence, la nature et la caractérisation du danger ou risque de danger encouru par le mineur.
- La capacité des titulaires de l'autorité parentale et des personnes de l'environnement du mineur à se mobiliser pour répondre à ses besoins.
- Les aides et le soutien mobilisables pour le mineur et sa famille, et leur aptitude à s'en saisir.

L'évaluation prendra en compte l'avis du mineur, les antécédents d'informations préoccupantes, ainsi que l'avis des parents sur les besoins de l'enfant, leurs difficultés et les améliorations qu'ils pourraient proposer. [156]

L'évaluation aboutira à une décision de la CRIP concernant la prise en charge de l'enfant :
Classé sans suite, protection administrative ou protection judiciaire. [159]

2. Le signalement

Dans les situations d'extrême gravité, où l'on constate un danger réel pour l'enfant et la nécessité d'une protection judiciaire sans délai, le praticien doit réaliser un signalement écrit au Procureur de la république ou au substitut chargé des mineurs du Tribunal de Grande Instance (TGI) du domicile de l'enfant. Une copie est également envoyée à la cellule départementale. [155]

En cas d'urgence, le signalement devra être effectué par téléphone puis par courrier avec accusé de réception. Le praticien doit garder un double de sa déclaration.

La lettre transmise de signalement, tout comme l'information préoccupante, devra être objective, neutre et comporter les éléments suivants : [18]

- Les conditions d'examens et la ou les personnes accompagnant l'enfant.
- L'anamnèse en citant entre guillemets les propos de l'enfant et de l'accompagnant.
- L'examen clinique avec les signes évocateurs accompagnés ou non de clichés photographiques.
- La description de l'état émotionnel de l'enfant et de l'accompagnant.
- Les soins et gestes préventifs effectués.
- Les éventuels examens complémentaires.
- Conclusion avec les éléments marquants.
- La date et la signature

Le signalement au procureur de la république n'est possible qu'avec l'accord de la victime, excepté si celle-ci est dans l'incapacité de se défendre due à son âge ou à une incapacité physique ou psychique. [160]

3. Le certificat médical initial

Le certificat médical initial (CMI) est un constat médico-légal. La Haute Autorité de Santé définit le CMI comme un « *constat médico-légal qui atteste des violences volontaires, physiques ou psychiques, ou des blessures involontaires subies par une personne. Il fait partie des éléments qui permettront d'attester devant la justice du préjudice subi, de sanctionner éventuellement l'auteur des faits et d'indemniser la victime.* » [161]

Certifier, c'est assurer que quelque chose est vrai. [162] Il s'agit d'une trace écrite de ce qu'a constaté le chirurgien-dentiste, il peut être demandé par les assurances, les services sociaux et l'autorité judiciaire, il engage donc la responsabilité de celui qui l'écrit. [163]

La rédaction du CMI est encadrée par le code de déontologie. L'article R. 4127-213 rappelle qu' « *il est interdit d'établir un rapport tendancieux ou de délivrer un certificat de complaisance* ».

Les certificats, attestations et documents délivrés par le chirurgien-dentiste doivent toujours comporter sa signature manuscrite, comme cité dans l'article R. 4127-229. [149]

Le certificat médical initial doit être établi dans les plus brefs délais après l'événement et avoir les caractéristiques suivantes:

- Etre précis.
- Etre clair.
- Etre le plus complet possible : Aucun élément ne doit être oublié.
- Etre factuel : Il s'agit simplement d'un constat, toute relation de causalité est déterminée uniquement par l'expertise.

Des informations précises, écrites en langue française (une traduction peut être fournie à la demande du patient), doivent faire partie du CMI : (cf. Annexe 2) [165]

- L'identification du praticien : Nom, prénom, profession, adresse, numéro RPPS.

- L'identification du patient : Nom, prénom, date de naissance, adresse du domicile, identité de l'accompagnateur (S'il existe un doute concernant l'identité, écrire « ...me dit s'appeler... »).
- Les faits rapportés par la personne : les circonstances, la date, l'heure et le lieu de l'accident expliquées par le patient ou l'accompagnateur.
- L'examen clinique : la constatation des signes cliniques suite à l'examen exo-buccal, endo-buccal et radiographiques. A cela peut être ajouté des photographies.
- Les signes ressentis par le patient.
- L'Etat antérieur (si connu) : Décrire l'état de la dent concernée à une date donnée avant l'événement.
- Le traitement réalisé le jour de l'examen.
- Le pronostic : L'évolution possible et les potentiels traitements à réaliser.
- Les coûts actuels et futurs des traitements si possible.
- Une réserve quant à l'évolution de la situation et à la survenue de complications.
- Le risque d'incapacité permanente partielle.
- L'incapacité totale de travail : Dans le cas de blessures graves, le chirurgien-dentiste peut évaluer un nombre de jour d'Incapacité Totale de Travail (ITT). Cela ne correspond pas forcément à un arrêt de travail. Il s'agit de la durée de la gêne ressentie dans les activités quotidiennes et habituelles de la victime : manger, dormir, se déplacer, s'habiller, jouer.
- La signature et le tampon du chirurgien-dentiste.

4. La prise en charge des négligences bucco-dentaires

La négligence bucco-dentaire constitue le type de maltraitance le plus fréquent en pratique clinique. [93] Selon l'American Academy of Pediatric Dentistry, il s'agit de « *l'échec délibéré des parents ou du tuteur à chercher et à poursuivre les traitements nécessaires pour assurer un niveau de santé oral essentiel pour une fonction adéquate et une absence de douleur et d'infection* ». [97]

Le chirurgien-dentiste doit être apte à reconnaître les signes, non seulement par préoccupation de la santé bucco-dentaire, mais parce que cela peut être un signal d'alerte face à des négligences plus générales.

Les signes les plus parlant sont de sévères caries précoces de l'enfant non traitées, des ulcérations non traitées intéressant la région extra-orale ou intra-orale, des pathologies dentaires ayant un impact sur l'enfant, et l'absence de soin dans un contexte pathologique. [148]

Avant d'engager les mesures appropriées de prise en charge, il est nécessaire de s'assurer du diagnostic. Certains facteurs sont donc à prendre en compte : [97]

- L'enfant est blessé ou risque de l'être suite à un manque de soin bucco-dentaire.
- Les soins dentaires recommandés apportent un bénéfice net significatif à l'enfant.
- Le bénéfice anticipé du traitement dentaire est plus important que sa morbidité, les parents choisiraient donc davantage de traiter que de ne pas traiter.
- L'accès au soin est disponible mais l'échec de suivi médical est persistant : Présence irrégulière et rendez-vous manqués, échec de finalisation des traitements planifiés, consultation d'urgence avec douleurs à intervalles répétés, requêtes d'anesthésie générale pour multiples extractions. [166]
- Les parents comprennent les conseils donnés.

On ne peut considérer un parent ou un tuteur comme négligent envers l'enfant qu'après lui avoir expliqué la nature et l'importance de la condition de l'enfant, les traitements spécifiques

nécessaires, et les moyens d'accès à ces traitements. Ainsi, la phase principale de la prise en charge correspond à des mesures préventives et d'accompagnement, à prendre le plus tôt possible : [167]

- Soulever les inquiétudes avec les parents : Expliquer ce qui a été découvert à l'examen clinique, les conséquences possibles pour l'enfant, et pourquoi il est nécessaire de s'en préoccuper.

- Expliquer les changements à obtenir et enrichir les connaissances de la famille : [166][168]
 - ❖ Expliquer les traitements nécessaires et la présence requise aux rendez-vous.

 - ❖ Donner des conseils sur l'hygiène alimentaire : Eviter le grignotage et la consommation d'aliments et de boissons sucrés, adopter au cours des repas une alimentation saine et équilibrée, utiliser des gommes à mâcher au xylitol lorsque le brossage est impossible.

 - ❖ Expliquer l'usage de fluorures : Application biquotidienne d'un dentifrice fluoré à dosage adapté, Application de vernis, gel ou bain de bouche fluorés par le chirurgien-dentiste en cas de risque carieux élevé.

 - ❖ Eduquer à l'hygiène bucco-dentaire : Technique de brossage, assistance au brossage jusqu'à 3 ans, supervision entre 3 et 6 ans, autonomie après 6 ans.

- Apporter un soutien : Fournir au patient une brosse à dent et un dentifrice fluoré, s'arranger au maximum avec la famille pour les horaires des rendez-vous, s'informer de toute rupture de communication ou des incompréhensions des parents vis à vis du traitement. Informer les parents du programme « M'T dents ».

- Etablir et conserver une documentation précise : Signes cliniques, évolution, motivation.
- Maintenir une liaison constante avec les parents : Conserver le dialogue et répéter les conseils, afin que les parents soient conscients de ce que l'on attend d'eux.
- Suivre les progrès : Organiser des rendez-vous de contrôle.

Si les parents ou le tuteur persistent dans l'échec du traitement de l'enfant, malgré les mesures préventives appliquées et les conseils donnés, la situation devra faire l'objet d'une déclaration aux services de protection de l'enfance, par le biais d'une information préoccupante ou d'un signalement aux autorités judiciaires. [97]

V. Conclusion

La maltraitance infantile est un fléau présent depuis toujours dans notre société et qui représente encore aujourd'hui un véritable problème de santé publique à l'échelle mondiale. Elle peut prendre de multiples formes, touche toutes les classes sociales, et a souvent de lourdes conséquences pour les victimes. De nombreux signes existent et permettent d'orienter notre réflexion, même s'il est parfois difficile d'identifier de la maltraitance là où d'autres étiologies sont possibles. Les progrès réalisés dans la protection de l'enfance depuis des décennies en France et dans le monde ont permis d'affirmer toujours plus les droits des mineurs, même si le combat est loin d'être terminé et des améliorations restent à apporter. Le chirurgien-dentiste, par sa fonction et sa proximité avec l'enfant et la famille, a un rôle important à jouer dans la lutte contre la maltraitance. Il doit garantir la sécurité et le bien-être de l'enfant qu'il soigne dans l'exercice de son art. Les sévices infligés et les signes de négligences étant régulièrement situés dans la région de la tête et du cou, les connaissances et l'expérience du praticien doivent lui permettre de suspecter des cas de mauvais traitements. Il doit pouvoir reconnaître les signes évocateurs dans un premier temps, et en second temps savoir comment les signaler aux autorités compétentes. L'analyse de l'anamnèse et des signes cliniques peut faire surgir des signaux d'alerte, qui doivent être déclarés aux autorités administratives ou judiciaires. La pratique clinique montre toutefois les limites de ce rôle. Le praticien peut se perdre entre obligations légales, déontologiques et l'aspect relationnel avec le patient et la famille. L'ambiguïté du contexte et des signes cliniques, le manque de connaissances, rendent souvent le diagnostic complexe, ce qui réduit considérablement le nombre de déclarations.

En dehors des situations d'urgence, une réflexion de groupe, entre confrères et avec d'autres professionnels qualifiés (pédiatres, enseignants, assistants familiaux...), doit être engagée afin d'évaluer au mieux la situation et d'agir en conséquence. La transmission d'une information préoccupante à la CRIP sera effectuée si la suspicion est unanime au sein du groupe. Si l'enfant est en situation de danger immédiat dû à une maltraitance manifeste, il est nécessaire de contacter directement le procureur de la république pour une prise en charge judiciaire. Même si ce rôle est encore peu marqué dans les esprits, le chirurgien-dentiste représente un maillon important de la chaîne de la protection de l'enfance. Jorge Barudy disait « *la bientraitance n'est jamais un cadeau ou l'effet de la chance ou de la malchance. Au contraire, elle*

est une production humaine jamais purement individuelle ni uniquement familiale mais bien le résultat de l'effort de l'ensemble d'une société ». [169]

VII. Bibliographie

1. Maltraitance des enfants en France : de nouveaux chiffres alarmants [En ligne]. l'Enfant Bleu - Enfance maltraitée. 2015 [consulté le 23/09/2020]. Disponible : <https://www.enfantbleu-lyon.fr/maltraitance-des-enfants-en-france-de-nouveaux-chiffres-alarmants/>
2. Lévy JD, Gérard M, Lancrey Javal G. La maltraitance des enfants – Comment les français se représentent-ils la maltraitance des enfants, et dans quelle mesure y ont-ils déjà été confrontés ? [En ligne].[Consulté le 23/09/2020]. Disponible : https://www.enfantbleu-lyon.fr/wp-content/uploads/2015/03/RAPPORT_HARRIS_sondage_enfantbleu_enfance_maltraitee.pdf
3. ONPE. Maltraitements : comprendre les évolutions pour mieux y répondre – Appréciation des situations de maltraitance(s) intrafamiliale(s) [En ligne]. 2015 [Consulté le 23/09/2020]. Disponible : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/creai_ra_rapport_etude_onpe_decembre.pdf
4. Labbé J. Maltraitance des enfants – Perspective historique. Santé, Société et Solidarité. 2009;8(1):17-25.
5. Cunningham H. The Invention of Childhood. London: BBC Books; 2006. 320 p
6. Marand Fouquet C. Les maltraitements au regard de l'histoire. [En ligne]. [Consulté le 11/01/2020]. Disponible : <http://www.alpes-maritimes.gouv.fr/content/download/7925/88980/file/maltraiteehistoire.pdf>
7. Mestre C. Universalité des châtiments corporels et conception démocratique de l'éducation des enfants. Spirale. 29 oct 2018;N° 86(2):107-9.
8. Brown P, Collectif, Duby G, Ariès P. Histoire de la vie privée, tome 1 : De L'Empire romain à l'an mil. Seuil; 1999. 668 p.
9. Le Roy Ladurie E. L'allaitement mercenaire en France au XVIIIe siècle. Communications. 1979;31(1):15-21
10. Bonnet D, Pourchez L, Collectif. Du soin au rite dans l'enfance. Paris : Ramonville Saint-Agne: Erès; 2007. 309 p.
11. Ranson Enguiale V. L'embaillotement | Histoire et analyse d'images et oeuvres [En ligne]. [Consulté 25/09/2020]. Disponible: www.histoire-image.org/fr/etudes/embaillotement
12. Debarbieux E. Pourquoi pas une bonne fessée ? Une recherche sur le châtiment corporel à l'école. Spirale - Revue de recherches en éducation. 2006;37(1):83-95
13. Vigarello G. Histoire du viol du XVIe au XXe siècle. Paris: Seuil; 2000. 364 p.
14. Section IV : Attentats aux moeurs (Articles R24-1 à 340) - Légifrance [En ligne]. [Consulté 26/09/2020]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006166089/1994-02-28/>
15. Ambroise Rendu AC. Attentats à la pudeur sur enfants : le crime sans violence est-il un crime ? (1810 - années 1930). Revue d'histoire moderne contemporaine. 2009; n° 56-4(4):165-89.
16. NCJRS Abstract - National Criminal Justice Reference Service [En ligne]. [Consulté le 26/09/2020]. Disponible : <https://www.ncjrs.gov/App/publications/Abstract.aspx?id=167386>

17. Groce NE, Trasi R. Rape of individuals with disability: AIDS and the folk belief of virgin cleansing. *The Lancet*. 22 mai 2004;363(9422):1663-4.
18. Sallaberry S. Maltraitance infantile et odontologie: de l'étude épidémiologique à la conception d'une plaquette d'information. [Thèse d'exercice] Bordeaux, France: Université Bordeaux II: Victor Segalen ; 2014
19. Croque-mitaine. Wikipédia [En ligne]. 2020 [Consulté le 26/09/2020]. Disponible: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Croque-mitaine&oldid=174982106>
20. Compagnons de saint Nicolas. Wikipédia [En ligne]. 2020 [Consulté le 26/09/2020]. Disponible : https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Compagnons_de_saint_Nicolas&oldid=174394863
21. Bonnet M, Schlemmer B. Aperçus sur le travail des enfants. *Mondes en développement*. 3 juill 2009; n° 146(2):11-25.
22. Première loi en France limitant le travail des enfants [En ligne]. 22 mars 1841 [Consulté le 26/09/2020]. Disponible: <https://www.gouvernement.fr/partage/10938-premiere-loi-en-france-limitant-le-travail-des-enfants-employes-dans-les-manufactures-usines-ou>
23. Les conditions de vie et de travail des jeunes mineurs du XIXe siècle. [En ligne]. [Consulté le 26/09/2020]. Disponible : http://www.musee-mine.saint-etienne.fr/sites/default/files/ckeditor_uploads/dossier_conditions_de_vie.pdf
24. Larousse É. Définitions : habeas corpus [En ligne]. Dictionnaire de français Larousse [Consulté le 26/09/2020]. Disponible : https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/habeas_corpus/38752
25. Ottavi D. De l'enfant visible à l'enfant transparent. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*. 2003; n°54(4): 7-12.
26. Gabel M. La maltraitance faite aux enfants. [En ligne]. ADSP, juin 2000 [Consulté le 24/02/2020]. Disponible : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad312634.pdf>
27. La déclaration d'indépendance des États-Unis du 4 juillet 1776 [En ligne]. [Consulté le 26/09/2020]. Disponible: https://www.axl.cefan.ulaval.ca/amnord/USA-hst-declaration_ind.htm
28. Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 | Légifrance, le service public de la diffusion du droit [En ligne]. [Consulté le 03/02/2020]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Declaration-des-Droits-de-l-Homme-et-du-Citoyen-de-1789>
29. Larousse É. Siècle des Lumières ou les Lumières [En ligne]. Encyclopédie Larousse en ligne [Consulté le 26/09/2020]. Disponible : https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/siècle_des_Lumières/130660
30. Suffrage censitaire. In: Wikipédia [En ligne]. 2020 [Consulté le 26/09/2020]. Disponible: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Suffrage_censitaire&oldid=171566265
31. Abolition de l'esclavage (1794 et 1848) - Événements - Assemblée nationale [En ligne]. [Consulté le 26/09/2020]. Disponible : <http://www2.assemblee-nationale.fr/14/evenements/2016/abolition-de-l-esclavage-1794-et-1848>
32. Le droit de vote des femmes : l'ordonnance du 21 avril 1944 [En ligne]. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances. [Consulté 26/09/2020]. Disponible : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/dossiers/parite-et-responsabilites-politiques/des-lois-pour-inciter/ladoption-de-lordonnance-du-21-avril-1944/>

33. Guillemot Treffainguy V. La protection de l'enfant contre ses parents (1804-1958) [Thèse de Doctorat] Bordeaux, France : Université de Bordeaux ; 2017
34. Théophile Roussel – Biographie. In: Wikipédia [En ligne]. Février 2020 [Consulté le 26/09/2020]. Disponible: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Th%C3%A9ophile_Roussel&oldid=167065096
35. Dossier d'histoire : Les lois scolaires de Jules Ferry [En ligne]. Sénat [Consulté le 23/09/2020]. Disponible: <https://www.senat.fr/evenement/archives/D42/index.html>
36. Auguste Ambroise Tardieu - Travaux. In: Wikipédia [En ligne]. 2020 [Consulté le 04/02/2020]. Disponible : https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Auguste_Ambroise_Tardieu&oldid=166162073
37. Jlalía Z, Znaigui T, Smida M. Le syndrome des enfants battus: aspects cliniques et radiologiques. Pan Afr Med J [En ligne]. 20 mai 2016 [Consulté le 17/02/2020];24. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5012761/>
38. Duchaussoy E. Education des enfants – La maltraitance des enfants : comparaison entre deux pays européens, la France et la Suède. [Mémoire] Kalmar et Växjö, Suède : Université Linnaeus, Kalmar et Växjö; 2017
39. Lamour M, Gabel M, Collectif, Frichet A. Enfants en danger, professionnels en souffrance. Erès; 2011. 293 p.
40. Journal officiel de la République française. Lois et décrets [En ligne]. Gallica. 1935 [Consulté 26/09/2020]. Disponible : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6548845b>
41. Proposition de loi relative à la maltraitance [En ligne]. Sénat ; Février 2000 [Consulté le 23/09/2020]. Disponible: <https://www.senat.fr/rap/l99-204/l99-2041.html>
42. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance - Légifrance [En ligne]. [Consulté le 23/09/2020]. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000823100/>
43. Larousse É. Définitions : maltraitance - Dictionnaire de français Larousse [En ligne]. [Consulté le 23/09/2020]. Disponible: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/maltraitance/48975>
44. Straus P, Manciaux M, Barrot J. L'enfant maltraité. Paris: Fleurus; 1989. 276 p
45. OMS | Maltraitance des enfants [En ligne]. WHO. World Health Organization; 2020 [Consulté le 23/09/2020]. Disponible : http://www.who.int/topics/child_abuse/fr/
46. Haute Autorité de Santé. Fiche mémo - Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir – Rapport d'élaboration. [En ligne]. Septembre 2017 [Consulté le 17/02/2020]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir
47. Tursz A. Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels – Rapport du Comité de suivi du Colloque national sur les violences faites aux enfants (Paris, Sénat, 14 juin 2013). [En ligne]. 2013 [Consulté le 17/02/2020]. Disponible : https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_MaltraitanceEnfants_RapportComplet_2014.pdf
48. Action Enfance. Où commence la maltraitance infantile ? [En ligne]. [Consulté le 17/02/2020]. Disponible: <https://www.actionenfance.org/protection-enfance/ou-commence-la-maltraitance-infantile/>

49. Chaix Y, Leautier D. Item n°37 : Maltraitance et enfant en danger – Protection Maternelle et Infantile. [En ligne]. 2008 [Consulté le 17/02/2020]. Disponible : http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/pediatrie/Item_37_Maltraitance.pdf
50. Syndrome de Silverman. In: Wikipédia [En ligne]. 2020 [Consulté le 27/05/2020]. Disponible : https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Syndrome_de_Silverman&oldid=170265116
51. Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement [En ligne]. Haute Autorité de Santé ; Septembre 2017[Consulté le 17/02/2020]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2794425/fr/syndrome-du-bebe-secoue-ou-traumatisme-cranien-non-accidentel-par-secouement
52. Lips U. Le syndrome de l'enfant secoué - une forme peu connue de maltraitance infantile. Forum Med Suisse [En ligne]. 23 janv 2002 [Consulté le 11/01/2020]; Disponible sur: <https://doi.emh.ch/fms.2002.04410>
53. Violences sexuelles | Arrêtons les violences [En ligne]. [Consulté le 26/07/2020]. Disponible : <https://arretonslesviolences.gouv.fr/besoin-d-aide/violences-sexuelles>
54. Infraction sexuelle sur mineur : corruption, agression, atteinte sexuelle, viol | service-public.fr [En ligne]. [Consulté le 17/02/2020]. Disponible : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2274>
55. Pineau P, Massoubre C. Détecter la maltraitance psychologique chez l'enfant lors d'une consultation aux urgences.[En ligne].2014 [Consulté le 18/02/2020] Disponible: https://www.sfm.u.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2014/donnees/pdf/026.pdf
56. Netgen. Le syndrome de Médée, parcours sadique de la perte d'amour [En ligne]. Revue Médicale Suisse. [Consulté le 18/02/2020]. Disponible : <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-236/Le-syndrome-de-Medee-parcours-sadique-de-la-perde-d-amour>
57. Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D. Abus, maltraitance et négligence : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. sept 2014;62(5):299-312.
58. Loi sur la protection de la jeunesse [En ligne]. RLRQ c P-34.1 ; Juin 2020[Consulté le 27/09/2020]. Disponible : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-34.1>
59. Violences conjugales [En ligne]. L'impact des violences conjugales sur les enfants. [Consulté le 27/09/2020]. Disponible : <https://www.violencesconjugales-enfants.fr/>
60. Pernot-Masson A-C. Psychothérapie d'une maman trop attentionnée : un syndrome de Münchhausen par procuration. La psychiatrie de l'enfant. 2004;Vol. 47(1):59-101.
61. Pillet P. Définitions, aspects épidémiologiques et médicaux de l'enfance en danger – Quelle démarche ? [En ligne]. 2009 [Consulté le 27/09/2020]. Disponible : http://www.jupso.fr/tool/studview.php?PHPSESSID=ula9infg01npf82nsl3mgb2h83&bas=.HODEtool01&adm=DIAPORAMA&thm=20&id=153&hid=4b7a88437d765&mit=5f70b9a434cc7&dsपो=yes&id=153&stp=1&new_aff=1&new_def=4#
62. Maltraitance des enfants | La négligence à l'égard des enfants : un tour d'horizon [En ligne]. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants ; Août 2019[Consulté le 27/09/2020]. Disponible : <http://www.enfant-encyclopedie.com/maltraitance-des-enfants/selon-experts/la-negligen-ce-legard-des-enfants-un-tour-dhorizon>

63. Qu'est-ce que la maltraitance faite aux enfants ? [En ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [Consulté le 27/09/2020]. Disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/article/qu-est-ce-que-la-maltraitance-faite-aux-enfants>
64. Lachaussée S, Bednarek S, Absil G, Vanmeerbeek M. Les enfants négligés : ils naissent, ils vivent mais ils s'éteignent. Carnet de notes sur les maltraitements infantiles. 2012;N° 1(1):4-9
65. Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales. La négligence envers les enfants – Bilan de connaissances [En ligne]. 2008 [Consulté le 27/09/2020]. Disponible : <http://biblio.uqar.ca/archives/30162992.pdf>
66. Kirby J, Harris JC. Development and evaluation of a « was not brought » pathway: a team approach to managing children's missed dental appointments. Br Dent J. août 2019;227(4):291-7.
67. de Becker E. Maltraitements infantiles et familles dites aisées. L'Évolution Psychiatrique. 1 janv 2018;83(1):119-35.
68. Vabre F. Le traitement politique de la maltraitance infantile. Revue des politiques sociales et familiales. 2005;82(1):5-16.
69. Haute Autorité de Santé. Maltraitance des enfants – y penser pour repérer, savoir réagir pour protéger – Questions/réponses [En ligne]. 2014 [Consulté le 27/09/2020]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/questions-reponses_maltraitance_enfants.pdf
70. Saint-Jacques M-C, Turcotte D, Villeneuve P, Drapeau S, Lépine R, Godbout É, et al. Quand la DPJ fait la une! Une analyse du traitement médiatique de la maltraitance au Québec. ss. 2010;56(1):55-73.
71. Observatoire National de la Protection de l'Enfance. Etude annuelle relative aux appels du SNATED en 2018.[En ligne]. 2018 [Consulté le 27/09/2020]. Disponible : <https://onpe.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance>
72. Les chiffres clés en protection de l'enfance | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [En ligne]. 2020[Consulté le 27/09/2020]. Disponible : <https://www.onpe.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance>
73. ONPE. Les connaissances pour agir en protection de l'enfance : De leur production à leur appropriation – Quatorzième rapport de l'ONPE au Gouvernement et au Parlement – Année 2019.[En ligne]. 2019 [Consulté le 19/09/2020]. Disponible : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/14e_ragp_complet.pdf
74. Gilard P, Cottenet J, François Purcell I, Quantin C. Estimation de la prévalence des enfants de moins d'un an, hospitalisés en France pour maltraitance physique, sur la période 2007-2014.[En ligne]. BEH ; Avril 2019[Consulté le 19/02/2020]. Disponible : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019_26-27_3.html
75. Sethi D, World Health Organization. European report on preventing child maltreatment. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2013. 115 p.
76. Bednarek S, Absil G, Vandoorne C, Lachaussée S. Les enfants négligés : ils naissent, ils vivent, mais surtout ils survivent - Neglected children: birth, life and survival. La Presse Médicale. Mars 2009 ;38(3) :377-83

77. Conséquences à court et à long terme de la maltraitance [En ligne]. INSPQ ; Avril 2018[Consulté le 02/03/2020]. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-et-la-maltraitance-envers-les-enfants/consequences-court-et-long-terme-de-la-maltraitance>
78. Pineau P, Massoubre C. Détecter la maltraitance psychologique chez l'enfant lors d'une consultation aux urgences. Paris : Société française de médecine d'urgence ; 2014. 14 p.
79. de Becker E, Leurquin F. L'impact des maltraitements physiques infantiles. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 déc 2010;168(10):746-51.
80. Thomas C, Hyppönen E, Power C. Obesity and type 2 diabetes risk in midadult life: the role of childhood adversity. Official Journal of the American Academy of Pediatrics. mai 2008;121(5):e1240-1249.
81. Labbé J. La détection de la maltraitance par des intervenants dentaires. Mai 2009. :14 p.
82. Doutaz M, Spalinger J. Maltraitance infantile : Quelque chose m'échappe-t-il ? Forum Med Suisse. 14 mai 2003 ;20(3):469-74
83. Facteurs de risque de la maltraitance [En ligne]. INSPQ ; Avril 2018 [Consulté le 25/03/2020]. Disponible: <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-et-la-maltraitance-envers-les-enfants/facteurs-de-risque-de-la-maltraitance>
84. GIP Enfance en Danger. Le bulletin annuel du SNATED – N°4 – Année 2015. [En ligne]. 2015 [Consulté le 30/09/2020]. Disponible : https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/activite/bulletin_du_snated-definitif_1.pdf
85. Patoor I. Présence de facteurs de risque de maltraitance en période périnatale dans une cohorte d'enfants pris en charge par l'Unité Maltraitance du CHRU de Nancy en 2014 et 2015. Science du vivant [q-bio]. 2017. 101 p.
86. McGuigan WM, Pratt CC. The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment. Child Abuse & Neglect. 1 janv 2001;25(7):869-83.
87. Sibertin Blanc D, Vidailhet C, Martrille L, Visier JP, Maury M, Raynaud JP. Maltraitance et enfance en danger. [En ligne]. Faculté de médecine de Toulouse ; 2008[Consulté le 30/09/2020]. Disponible : <http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module03/15.%20MALTRAITANCE%203-37.pdf>
88. Wu P-P, He M, Yang J, Wang D, Shi L, Lin S-L. [Current status of neglect among children aged 3-6 years in rural areas of Urumqi, China and risk factors for child neglect]. Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi. nov 2019;21(11):1099-104.
89. La maltraitance des enfants [En ligne].Organisation Mondiale de la Santé ; Juin 2020[Consulté le 30/09/2020]. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
90. Jakobsen U, Fjallheim AS, Gislason H, Gudmundsen E, Poulsen S, Haubek D. Dental professionals' experience with and handling of suspicion of child maltreatment in a small-scale society, the Faroe Islands. Clin Exp Dent Res. 2019;5(2):145-50.
91. Desarnauts S. Maltraitance infantile: signes cliniques devant alerter l'odontologiste. [Thèse d'Exercice] Paris, France : Université Paris Descartes ; 2018
92. Maltraitance chez l'enfant – Comment la repérer ? [En ligne]. Haute Autorité de Santé ; Novembre 2019[Consulté le 30/09/2020]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3116903/fr/maltraitance-chez-l-enfant-comment-la-reperer
93. Kamann WK. Maltraitance infantile – Son importance en médecine dentaire. Rev Mens Suisse Odontostomatol. Avril 2008; 130(118) :327-32

94. Bourillon A. Comment diagnostiquer un syndrome des enfants battus ? Réalités pédiatriques. Décembre 2012 ;N°175:23-7
95. Haute Autorité de Santé. Fiche mémo – Maltraitance chez l’enfant : repérage et conduite à tenir. [En ligne] Octobre 2014 [Consulté le 30/10/2019]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf
96. Lasek Duriez A, Léauté Labrèze C. Signes cutanés des sévices à enfants (à l’exclusion des sévices sexuels). Annales de Dermatologie et de Vénéréologie. nov 2009;136(11):838-44.
97. Fisher-Owens SA, Lukefahr JL, Tate AR. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. Pediatrics. Août 2017 ;140(2):6
98. Nuzzolese E, Lepore E, Montagna F, Marcario V, De Rosa S, Solarino B, Di Vella G. Child abuse and dental neglect : the dental team’s role in identification and prevention. 2009 ;7(2) :96-101
99. Wagner R, Madea B, Doberentz E. Matching bite marks using modeling wax plates. Arch Kriminol. 2017;239(1-2):18-26.
100. Vazquez M-P, Kadlub N, Soupre V, Galliani E, Neiva-Vaz C, Pavlov I, et al. Plaies et traumatismes de la face de l’enfant. Annales de Chirurgie Plastique Esthétique. 1 oct 2016;61(5):543-59.
101. Bhatia SK, Maguire SA, Chadwick BL, Hunter ML, Harris JC, Tempest V et al. Characteristics of child dental neglect : A systematic review. Journal of dentistry. Mars 2014 ;42(3):229-39
102. Larbi F, Chettouf M, Ben Amara S, Lattafi R. Une étiologie oubliée du purpura vélo-palatin. Santé Mag. Janvier 2019 ;(80) :35-7
103. Tsang A, Sweet D. Violence et négligence envers les enfants — les dentistes en font-ils assez? J Can Dent Assoc. 1999;65(7):387-91
104. Pédiatrie – Fiche 11 – Traumatismes crâniens : scanner [En ligne]. Société Française de Radiologie [Consulté le 04/10/2020]. Disponible : http://www.sfrnet.org/rc/org/sfrnet/htm/Article/2013/20130222-140219-813/src/htm_fullText/fr/529_678_Radiopediatrie.pdf
105. Terr LC. Acute responses to external events and posttraumatic stress disorders. In: Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook. Baltimore, MD, US: Williams & Wilkins Co; 1991. p. 755-63.
106. Lips U. Maltraitance infantile – protection de l’enfant – Guide concernant la détection précoce et la façon de procéder dans un cabinet médical. [En ligne]. Mars 2011 [Consulté le 17/06/2020]. Disponible : <https://www.kinderschutz.ch/fr/fachpublikation-detail/maltraitance-infantile-protection-de-lenfant-3.html>
107. Brûlures - Service de chirurgie de l’enfant et de l’adolescent [En ligne]. [Consulté le 17/06/2020]. Disponible : <https://www.hug-ge.ch/chirurgie-enfant-adolescent/brulures>
108. Nader Y, Koulali IK, Hicham S. Les fractures pathologiques secondaires des tumeurs bénignes chez l’enfant: à propos de 20 cas. Pan Afr Med J [En ligne]. 20 juill 2015 [Consulté le 16/09/2020];21. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4575709/>
109. Lafosse JM. Tumeurs des os primitives et secondaires.[En ligne]. In: Université Toulouse 3 Paul Sabatier. Mars 2015 [Consulté le 16/09/2020]. Disponible: http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module13/ITEM_154/TUMEURS_OSSEUSES.pdf

- 110.** What is skin coining (Gua sha)? [En ligne]. Stanford Medicine 25. [Consulté le 17/06/2020]. Disponible : <https://stanfordmedicine25.stanford.edu/blog/archive/2016/skincoining.html>
- 111.** Moxibustion. In: Wikipédia [En ligne]. 2019 [Consulté le 17/06/2020]. Disponible : <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Moxibustion&oldid=156791238>
- 112.** Chapitre II : Politique familiale. (Articles L112-1 à L112-5) - Légifrance [En ligne]. [Consulté le 04/10/2020]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000032207276/2016-03-16>
- 113.** Comité éditorial pédagogique UVMaF. Protection de l'enfance et Aide Sociale à l'Enfance (ASE). [En ligne]. In : Université Numérique Francophone de la Science, de la Santé et du Sport. [Consulté le 04/10/2020]. Disponible: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe-humanite/protection_enfance/site/html/1.html
- 114.** Enfant en danger : comment le signaler ? | service-public.fr [En ligne]. [Consulté le 20/08/2020]. Disponible : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F781>
- 115.** L'enfance en danger [En ligne]. Fondation pour l'Enfance. [Consulté le 16/09/2020]. Disponible : <https://www.fondation-enfance.org/proteger/lenfance-en-danger/>
- 116.** Carte du Respect des Droits de l'Enfant dans le Monde [En ligne]. Humanium. [Consulté le 30/09/2020]. Disponible : <https://www.humanium.org/fr/carte-respect-droits-enfant-monde/>
- 117.** Protection [En ligne]. UNICEF France. 2015 [Consulté le 29/07/2020]. Disponible : <https://www.unicef.fr/dossier/protection>
- 118.** Méthodologie [En ligne]. Humanium. [Consulté le 04/10/2020]. Disponible : <https://www.humanium.org/fr/qui-sommes-nous/methodologie/>
- 119.** La décentralisation : définition| Vie publique.fr [En ligne]. [Consulté le 18/09/2020]. Disponible : <https://www.vie-publique.fr/fiches/20168-la-decentralisation-definition>
- 120.** La loi Defferre sur la décentralisation est promulguée [En ligne]. [Consulté le 18/09/2020]. Disponible : <https://www.gouvernement.fr/partage/10896-2-mars-1982-la-loi-defferre-sur-la-decentralisation-est-promulguee>
- 121.** Article 37 - Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat (1). - Légifrance [En ligne]. [Consulté le 18/09/2020]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000006339044/1986-08-22
- 122.** Loi n°89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance (1). J Off Répub Fr Lois Décrets 1989. 14 juillet : 8869-71
- 123.** Chapitre Ier : Service de l'aide sociale à l'enfance. (Articles L221-1 à L221-9) - Légifrance [En ligne]. [Consulté le 16/09/2020]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000037289765/2018-08-06>
- 124.** La protection maternelle et infantile (PMI) - Ministère des Solidarités et de la Santé [En ligne]. [Consulté le 16/09/2020]. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/aide-et-action-sociale/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi/article/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi>
- 125.** Le rôle du département en matière d'action sociale| Vie publique.fr [En ligne]. [Consulté le 18/09/2020]. Disponible : <https://www.vie-publique.fr/fiches/20135-le-role-du-departement-en-matiere-daction-sociale>

126. Droits de l'enfant : les 30 ans de la convention internationale CIDE | Vie publique.fr [En ligne]. [Consulté le 18/09/2020]. Disponible : <https://www.vie-publique.fr/questions-reponses/271821-droits-de-lenfant-les-30-ans-de-la-convention-internationale-cide>
127. Chapitre 1er : De l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant (Articles 371 à 381) - Légifrance [En ligne]. [Consulté le 04/10/2020]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006426468/2012-09-21/>
128. Les structures de protection de l'enfance [En ligne]. [Consulté le 24/07/2020]. Disponible : <https://www.senat.fr/lc/lc170/lc1700.html>
129. Que peut faire un juge des enfants pour protéger un mineur en danger ? | service-public.fr [En ligne]. [Consulté le 18/09/2020]. Disponible : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17777>
130. Qu'est-ce que la protection de l'enfance ? [En ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [Consulté le 24/07/2020]. Disponible: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/article/qu-est-ce-que-la-protection-de-l-enfance>
131. Guide pratique – Protection de l'enfance - Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent. [En ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé. [Consulté le 19/09/2020]. Disponible : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_prevention_3_BAT-2.pdf
132. Article L541-1 - Code de l'éducation - Légifrance [En ligne]. [Consulté le 04/10/2020]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000027682605/2013-07-10
133. Drot G. Protection de l'enfance : la prévention comme enjeu d'avenir. [En ligne]. Croix-Rouge française. [Consulté 19/09/2020]. Disponible : <https://www.croix-rouge.fr/Actualite/Protection-de-l-enfance-la-prevention-comme-enjeu-d-avenir.-2285>
134. 119 [En ligne]. [Consulté le 04/10/2020]. Disponible : <https://www.allo119.gouv.fr/>
135. Le SNATED | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [En ligne]. [Consulté le 19/09/2020]. Disponible : <https://www.onpe.gouv.fr/snated>
136. GIPED - Groupement d'Intérêt Public Enfance en Danger [En ligne]. [Consulté le 04/10/2020]. Disponible : <https://www.giped.gouv.fr/>
137. Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger. Etude annuelle relative aux appels du SNATED en 2018. [En ligne]. [Consulté le 04/10/2020]. Disponible : https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/actualites/20191022_etude_annuelle_snated_2018_vf.pdf
138. Rapport annuel | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [En ligne]. [Consulté le 04/10/2020]. Disponible : <https://onpe.gouv.fr/rapport-annuel>
139. Pupille de l'État. In: Wikipédia [En ligne]. 2020 [Consulté le 19/09/2020]. Disponible: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Pupille_de_l%27%C3%89tat&oldid=169037968
140. Conseil général du Val-de-Marne. Guide de l'information préoccupante et du signalement – Pourquoi, comment, qui informer sur les situations d'enfant en danger ? [En ligne]. Février 2012 [Consulté le 04/10/2020]. Disponible : <https://cvm-mineurs.org/public/media/uploaded/pdf/guide-val-de-marne.pdf>
141. Affaire Marina Sabatier. In: Wikipédia [En ligne]. 2020 [Consulté le 17/08/2020]. Disponible: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Affaire_Marina_Sabatier&oldid=173404107

- 142.** Ministère des Solidarités et de la Santé. Enfance protégée : Garantir les droits de l'enfant – Défendre ses intérêts – Répondre à ses besoins – Lancement de la concertation sur la protection de l'enfance - Dossier de presse. [En ligne]. 27 mars 2019 [Consulté le 17/08/2020]. Disponible : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_annonce_concertation_protectenfancevdef.pdf
- 143.** Ministère des Solidarités et de la Santé. Concertation sur l'aide sociale à l'enfance : publication des rapports des 6 groupes de travail [En ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [Consulté le 17/08/2020]. Disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/concertation-sur-l-aide-sociale-a-l-enfance-publication-des-rapports-des-6>
- 144.** Ministère des Solidarités et de la Santé. Améliorer la connaissance statistique en protection de l'enfance : les actions de la DREES. [En ligne]. [Consulté le 17/08.2020]. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/article/ameliorer-la-connaissance-statistique-en-protection-de-l-enfance-les-actions-de>
- 145.** Harris JC, Elcock C, Sidebotham PD, Welbury RR. Safeguarding children in dentistry: 2. Do paediatric dentists neglect child dental neglect? *Br Dent J*. 9 mai 2009;206(9):465-70.
- 146.** Rønneberg A, Nordgarden H, Skaare AB, Willumsen T. Barriers and factors influencing communication between dental professionals and Child Welfare Services in their everyday work. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2019;29(6):684-91
- 147.** Kvist T, Wickström A, Miglis I, Dahllöf G. The dilemma of reporting suspicions of child maltreatment in pediatric dentistry. *Eur J Oral Sci*. oct 2014;122(5):332-8.
- 148.** Ramazani N. Child dental neglect : A short review. *International Journal of High Risk Behaviours and Addictions*. Septembre 2014 ;3(4):1-4
- 149.** Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Code de déontologie des chirurgiens-dentistes. [En ligne]. [Consulté le 05/10/2020]. Disponible : <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/code/files/assets/common/downloads/publication.pdf>
- 150.** Article 226-13 - Code pénal - Légifrance [En ligne]. [Consulté le 05/10/2020]. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417945
- 151.** Article 226-14 - Code pénal - Légifrance [En ligne]. [Consulté le 05/10/2020]. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042193510
- 152.** Enfance et Partage – Agir contre la maltraitance – Guide juridique à l'usage des professionnels de l'enfance. [En ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2014 [Consulté le 19/02/2020]. Disponible : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014_guide_juridique_agir_contre_la_maltraitance_leger_1_.pdf
- 153.** Article 434-3 - Code pénal - Légifrance [En ligne]. [Consulté le 05/10/2020]. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032207682/2016-03-16
- 154.** Article 434-1 - Code pénal - Légifrance [En ligne]. [Consulté le 05/10/2020]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032207673/2016-03-16
- 155.** Que faire si vous êtes témoin de la maltraitance d'un enfant ? [En ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [Consulté le 30/10/2019]. Disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/article/que-faire-si-vous-etes-temoin-de-la-maltraitance-d-un-enfant>
- 156.** Article R226-2-2 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [En ligne]. [Consulté le 06/10/2020]. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000028251430/2015-03-22

- 157.** Enfance en danger - La Métropole de Lyon [En ligne]. [Consulté le 30/10/2019]. Disponible : <https://www.grandlyon.com/services/enfance-en-danger.html>
- 158.** La métropole de Lyon. Fiche de recueil d'une Information Préoccupante. [En ligne]. [Consulté le 06/10/2020]. Disponible : https://www.grandlyon.com/fileadmin/user_upload/media/pdf/famille/20150301_gl_enfance_en_danger_formulaire_information_preoccupante.pdf
- 159.** Ministère des Solidarités et de la Santé. Guide pratique – Protection de l'enfance – La Cellule Départementale de Recueil, de Traitement et d'Evaluation. [En ligne]. [Consulté le 17/08/2020]. Disponible : <https://cvm-mineurs.org/public/media/uploaded/pdf/guide-pratique-crip.pdf>
- 160.** Maltraitements sexuelles intrafamiliales - Mieux repérer l'inceste [En ligne]. Haute Autorité de Santé. [Consulté le 20/08/2020]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2975151/fr/maltraitements-sexuelles-intrafamiliales-mieux-reperer-l-inceste
- 161.** Comment établir un certificat médical initial (CMI) [En ligne]. Haute Autorité de Santé. Novembre 2019[Consulté le 20/08/2020]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2975057/fr/comment-etablir-un-certificat-medical-initial-cmi
- 162.** Larousse É. Définitions : certifier - Dictionnaire de français Larousse [En ligne]. [Consulté le 20/08/2020]. Disponible : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/certifier/14303>
- 163.** Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Le certificat médical initial – Repères fondamentaux concernant l'établissement d'un certificat médical initial. [En ligne]. 2019 [Consulté le 20/08/2020]. Disponible : http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/uploads/media/note_explicative_certificat_initial_V13.pdf
- 164.** Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Modèle de certificat médical initial. [En ligne]. [Consulté le 06/10/2020]. Disponible : http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/uploads/media/certificat_initial_V13_form.pdf
- 165.** Article R4127-230 - Code de la santé publique - Légifrance [En ligne]. [Consulté le 06/10/2020]. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913032/2004-08-08
- 166.** British Dental Association. Dental neglect [En ligne]. [Consulté le 21/08/2020]. Disponible: <https://bda.org/childprotection/Recognising/Pages/Dental-neglect.aspx>
- 167.** Harris J. Safeguarding children : noticing dental neglect. BDJ Team. Novembre 2018.5(1):18202
- 168.** Haute Autorité de Santé. Stratégie de prévention de la carie dentaire. [En ligne]. [Consulté le 06/10/2020]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf
- 169.** Barudy J, Crappe J-Y, Marquebreucq A-P. Soutenir la bientraitance des familles en exil. *Thérapie Familiale*. 2001;22(2):169-86.

VIII. Annexes

1. [158]



Fiche de recueil d'une information préoccupante

Fiche à transmettre à la cellule départementale de recueil-traitement-évaluation des informations préoccupantes

Information préoccupante transmise par :
Date : Nom :
Adresse :
Téléphone : Courriel :@.....
Service :
Quel lien avec le mineur (enseignant, voisin, ...) :

A renseigner par la cellule de la Métropole de Lyon :
Date : Origine de l'information : Anonyme Non anonyme
Nom de la personne qui a reçu l'information :
MDR :
Accusé de réception le :

Enfant(s) concerné(s)

NOM	Prénom	Age	Fille - Garçon
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G

Adresse :

Ecole fréquentée ou crèche :

Existence d'un suivi : Non Oui , lequel :

Parents

Père
NOM : Prénom :

Adresse (si différente de celle des enfants) :

Mère
NOM : Prénom :

Adresse (si différente de celle des enfants) :

Motif de la transmission, éléments préoccupants

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

À remplir par la MDR

Première note évaluative médico-sociale :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. [164]

MODÈLE DE CERTIFICAT MEDICAL INITIAL (Proposé à titre d'exemple, téléchargeable sur le site de l'ONCD)	
ENTETE PRATICIEN	
Je soussigné(e), docteur _____, chirurgien-dentiste, certifie avoir examiné le _____ à _____ heure _____.	
A (lieu de l'examen) _____.	
M. Mme Mlle l'enfant _____ (Nom et prénom)	
Né(e) le (date en toutes lettres) _____	
(Eventuellement) Accompagné(e) de _____	
Faits rapportés par la personne (commémoratifs)	
Cette dernière m'a déclaré que: « Le _____ (date) à _____ (heure) au _____ (lieu) _____ ».	
Examen clinique	
J'ai constaté ce jour : _____	
- à l'examen exobuccal : _____	
- à l'examen endobuccal : _____	
- à l'examen radiographique : _____	
+/- photographies et radiographies jointes + schéma dentaire actualisé +...	
Les signes ressentis par le patient sont : _____	
Etat antérieur (si connu)	
L'état initial de la dent était (seulement s'il s'agit d'un patient suivi régulièrement dans le cabinet dont l'état initial était connu) (ou) au _____ (dernière date connue des soins dans le cabinet), l'état était _____	
Traitement	
Ce jour, le traitement consiste en (si un traitement a été réalisé ce jour le préciser) : _____	
Evolution	
L'évolution possible ou prévisible et les traitements envisagés ou potentiellement prévisibles : _____	
<i>A noter - Toutes les réserves d'usage doivent être formulées (voir note).</i>	
Le coût actuel des traitements est de: _____ <i>Si chiffrage possible.</i>	
La situation actuelle est transitoire et le dossier pourra être ré-ouvert en cas de complications. _____	
Risque d'incapacité permanente partielle (IPP) _____ <i>Le cas échéant (voir note).</i>	
Incapacité totale de travail (ITT) _____ <i>Le cas échéant (voir note).</i>	
Certificat fait à _____	
le _____ (date en toute lettre) et remis en mains propre à _____, pour faire valoir ce que de droit.	

SIGNATURE ET TAMPON DU CHIRURGIEN-DENTISTE

N°2021 LYO 1D 001

GOSSE Arnaud – Négligences et maltraitements infantiles : Détection et prise en charge par le chirurgien-dentiste

Résumé : Depuis les origines et encore aujourd’hui, la maltraitance infantile est un fléau qui touche notre société. L’enfant n’ayant pas toujours eu des droits, ce phénomène a longtemps été ignoré, mais il est reconnu actuellement comme un problème de santé publique majeur. La protection de l’enfance est une chaîne complexe pluridisciplinaire, et le chirurgien-dentiste en constitue un maillon important. Ses connaissances et son expérience peuvent lui permettre de mettre en évidence des signes suspects, ayant pour cause de potentielles violences physiques, sexuelles, psychologiques ou des négligences. Les traces de maltraitements se situent souvent au niveau de la sphère oro-faciale, et rentrent donc dans le domaine de spécialité du chirurgien-dentiste. Celui-ci doit prendre les mesures nécessaires, au cas par cas, face à un enfant en danger ou en risque de l’être.

Mots-clés : Odontologie pédiatrique
Maltraitements infantiles
Négligences

Jury :

Présidente : Madame la Professeure Béatrice THIVICHON-PRINCE

Assesseurs : Madame la Professeure Kerstin GRITSCH

Monsieur le Professeur Jean Jacques MORRIER

Madame la Docteure Guillemette LIENHART

Adresse de l’auteur :

Arnaud GOSSE
377 Avenue Victor Hugo
Bâtiment BA, Appartement 160
26000 Valence