

Maltraitance infantile – son importance en médecine dentaire

Mots clés: maltraitance infantile, négligence, battered child syndrom

WALTER KARL KAMANN

Abteilung für Konservierende Zahnheilkunde
(Leiter: Prof. Dr. P. Gängler)
Fakultät für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Witten/Herdecke

Je dédie le présent travail à mon maître, le Prof. Dr. h. c. Peter Gängler, à l'occasion de son 65^e anniversaire.

Correspondance

Prof. Dr. Walter K. Kamann
Abteilung für Konservierende Zahnheilkunde
Fakultät für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Witten/Herdecke

Alfred-Herrhausen-Str. 50
58448 Witten

Traduction: Jean-Jacques Cindrat

Résumé Dans la moitié des cas de maltraitance infantile, on peut constater des blessures dans la région de la tête et du cou. La négligence des enfants se manifeste souvent par un état déplorable de leur dentition. C'est pourquoi les enfants victimes de violence sont fréquemment conduits en urgence dans des services hospitaliers d'urgences dentaires, et

le médecin-dentiste sera peut-être le seul en mesure de reconnaître précocement les conséquences d'une maltraitance chez un enfant, et de protéger ce dernier par la dénonciation à une autorité. Dans ce contexte, il est évident que le médecin-dentiste généraliste en pratique doit lui-aussi être en mesure de se confronter à ce problème.

Introduction

La notion de «maltraitance infantile» s'applique à un dommage corporel et/ou psychologique, infligé à un enfant par une personne détenant le droit de garde ou par toute autre personne adulte sans relation familiale proche, sous la forme d'une lésion intentionnelle ou de la négligence à fournir ce qui est nécessaire à un épanouissement adapté de l'enfant. Dans la langue courante, la notion s'applique tant à un comportement précis à l'égard de l'enfant, qu'au domaine plus général recouvrant des sous-catégories telles que la maltraitance physique ou psychique, les abus sexuels et les négligences physique et psychique (AMELANG & KRÜGER 1995).

Dans le cadre des soins de médecine dentaire, on constate avant tout les conséquences des mauvais traitements corporels et de la négligence. C'est ainsi que dans environ la moitié de tous les cas de maltraitance corporelle de l'enfant, on peut constater des blessures dans la région de la tête et du cou; un quart d'entre elles se situent au niveau des dents – avant tout sous forme de fractures – et de la région péribuccale, sous forme de lésions des parties molles (BECKER ET AL. 1978).

La variante de maltraitance que représente la négligence a fréquemment pour conséquence un état déplorable de la dentition. Il en résulte que de nombreux cas d'enfant maltraités sont présentés dans les cabinets dentaires et, encore plus

fréquemment, dans les services hospitaliers d'urgences dentaires. Le fait que le thème de la «maltraitance infantile» est considéré comme un tabou, l'absence d'inclusion de ce groupe de problèmes dans le cadre de la formation des médecins-dentistes, de même que certaines conditions cadres comme la trop brève durée du contact et l'absence de lien entre le thérapeute et l'enfant dans le cadre de l'unité d'urgence, rendent plus difficiles le diagnostic et la mise en route de mesures adéquates pour protéger l'enfant (POSNICK & DONLY 1990; KAMANN 1998).

Pour être en mesure de poser le diagnostic, il faut, pour le médecin-dentiste, qu'il envisage la possibilité, devant les constatations qu'il fait, d'une éventuelle conséquence de maltraitance, que cette éventualité soit incluse dans son diagnostic différentiel et que, devant des constatations atypiques ou des déclarations contradictoires lors de la prise de l'anamnèse, respectivement devant des dommages étendus au niveau des dents, il envisage que ces circonstances pourraient être mises en relation avec une maltraitance corporelle, respectivement de négligence dans les soins portés à l'enfant. D'autres circonstances évoquant une suspicion de la présence de conséquences de mauvais traitements peuvent relever des conditions dans lesquelles intervient la prise en charge, du comportement des personnes impliquées et de certaines particularités en ce qui concerne les constatations cliniques (KAMANN 1998).

La maltraitance infantile en tant que phénomène de société

Le phénomène de la maltraitance infantile doit toujours être considéré dans le contexte du cadre de référence culturel et du système de valeurs qui en résulte, telles que par exemple les normes sexuelles différentes. C'est ainsi que la législation pénale de la plupart des pays considère comme un crime la relation incestueuse père-fille et la qualifie d'abus sexuel, alors que chez les Tonga d'Afrique du Sud, la relation sexuelle occasionnelle d'un homme avec ses filles est requise pour sa qualification et sa promotion au titre de «chasseur d'hippopotame».

L'inclusion d'un comportement dans la catégorie de la «maltraitance infantile» par la majorité présuppose un sentiment de responsabilité de la société à l'égard de l'enfant «étranger» (KEMPE & KEMPE 1978). Il existe d'une part des sociétés dans lesquelles l'Etat assume directement la responsabilité de l'enfant, ainsi que c'était le cas dans la Grèce antique (Sparte), et, d'autre part, on rencontre des structures dans lesquelles le père est tout-puissant et exerce un droit de vie et de mort sur ses enfants, comme c'est le cas dans le droit romain («pater familias»).

La mesure dans laquelle la maltraitance infantile n'est pas limitée à l'époque contemporaine, mais qu'il s'agit bien d'un phénomène qui a perduré durant toute l'histoire culturelle du monde occidental, peut être illustrée de la meilleure façon dans l'inclusion de ce thème dans les contes classiques pour enfants. Ces derniers thématisent tout le champ des variantes de la maltraitance, qui s'étend de la maltraitance émotionnelle et de la négligence jusqu'à l'abus sexuel. On peut ainsi y rencontrer le thème du roi (du père) qui convoite sa fille et de cette dernière qui (selon l'interprétation psychanalytique) d'une modification/perde de la personnalité se sacrifie pour lui (*Peau d'Âne* des Frères Grimm) ou qui, avec l'aide de son mari, le détruit (*La jeune fille dans le bahut* de Giovanni Francesco Straparola). Le thème de la méchante marâtre, qui maltraite un enfant mais qui, à la suite d'une expérience traumatisante, comme la perte de ses propres enfants, modifie son comportement (*Ded Moroz* d'Alexandre N. Afanassiev), ou dont les propres enfants sont menés à leur ruine par sa belle-fille (*Cendrillon* des Frères Grimm) est une illustration de la maltraitance psychologique. L'effet cathartique de ces contes sur des enfants qui subissent des situations de même nature semble évident.

Le premier cas de maltraitance infantile porté à la connaissance d'un large public semble bien être le cas «Mary Ellen», que la presse américaine des années septante du XIX^e siècle a largement relaté (MOUDEN & BROSS 1995). L'enfant Mary Ellen avait subi des mauvais traitements et été privée de nourriture par ses parents adoptifs sans que le public, averti du cas, ait eu la possibilité d'intervenir. L'impuissance des autorités devant ces preuves irréfutables de mauvais traitements et la sensibilisation du public par l'évocation du sujet dans la littérature (Mark Twain: *Les Aventures de Tom Sawyer*, 1876; *Les Aventures de Huckleberry Finn*, 1885) ont finalement conduit à une modification de la législation. En Europe également, autour des années 1900, une même prise en compte du problème est apparue. On peut la constater dans le fait que, dans la législation, on a séparé les violences envers les enfants des autres délits.

Ce n'est que beaucoup plus tard que l'importance du phénomène «maltraitance infantile» a été décrite en tant que telle par la médecine, respectivement la médecine dentaire. Les

premières mentions des conséquences des mauvais traitements dans le diagnostic différentiel ne sont apparues dans la littérature médicale qu'au cours des années quarante (CAFFEY 1946) et dans des articles de revues au début des années soixante (KEMPE ET AL. 1962). Les premières descriptions de cas et revues au sujet des constatations typiques et des circonstances entourant la maltraitance infantile n'ont été publiées à large échelle dans la littérature de médecine dentaire qu'au cours des années septante du siècle dernier (ten BENSEL & KING 1975; MCNEESE & HEBELER 1977; BECKER ET AL. 1978; BENUSIS 1978; DAVIS ET AL. 1979; MALECZ 1979; KEENEY 1981). On peut trouver une première prise de position de la part d'une organisation professionnelle de médecins-dentistes en 1980 dans une communication de l'American Dental Association (ADA 1980). Elle indique qu'il y a lieu de tenir compte de la maltraitance infantile dans un diagnostic différentiel, et insiste sur la responsabilité du médecin-dentiste traitant au plan de l'éthique.

Après qu'en 1962 la notion «syndrome de l'enfant battu» («battered child syndrom»), forgée par KEMPE, se fut bien établie et devant le nombre toujours plus grand de publications scientifiques à ce sujet, l'intérêt public fut alerté par la presse et eut pour conséquence un nombre augmenté de dénonciations aux instances officielles.

Les réactions du public devant des cas de maltraitance infantile mettent en évidence l'incapacité collective devant ce phénomène. L'appréciation largement erronée des causes et du contexte conduisent à une appréciation qui peut s'étendre sur un spectre allant de la banalisation jusqu'à l'exigence de l'application des peines les plus sévères.

De nos jours, la législation pour la protection de la jeunesse n'est pas encore uniforme d'un pays à un autre. A l'une des extrémités du spectre on peut trouver le droit américain qui, par exemple, qualifie de crime le fait de laisser pendant peu de temps sans surveillance un nourrisson dans sa poussette («safety neglect»), et à l'autre extrémité certaines législations ne considèrent même pas comme un délit en tant que tel, ou ne poursuivent pas pénalement, des violences envers ses (propres) enfants ou des mineurs. Aux Etats-Unis, il existe une obligation explicite de dénonciation, sous peine de poursuites judiciaires (peine maximum d'un an de prison!), des cas de maltraitance infantile qui seraient venus à la connaissance durant le traitement par un médecin ou un médecin-dentiste. Par-dessus le marché, d'après la loi américaine, l'enfant peut faire valoir des demandes de droit civil contre le médecin ou le médecin-dentiste qui aurait constaté un mauvais traitement et ne l'aurait pas signalé (cas *Landeros v. Flood*). Au cours des dernières années, devant ces dispositions légales, renforcées par des campagnes d'information de l'American Dental Association et la constitution de groupes de travail (PANDA: Prevent Abuse and Neglect through Dental Awareness), on a pu constater, aux Etats-Unis, le signalement d'un plus grand nombre de cas de maltraitance infantile par les médecins-dentistes.

La raison probable pour laquelle les médecins-dentistes ne déclarent pas un cas de suspicion de maltraitance, est qu'ils ont une connaissance insuffisante du droit en vigueur (KAMANN & GÄNGLER 1999). Nombre de cas avérés de maltraitance infantile ne sont pas dénoncés à cause de l'idée fautive que l'on se fait au sujet de la peine à laquelle on expose le «coupable» et des conséquences qui en résultent pour la famille concernée. Dans ce contexte il est important de savoir que la législation en vigueur actuellement se fonde plutôt sur le principe «l'aide plutôt que la peine», et qu'une condamnation est fréquemment un premier pas en direction de la stabilisation de la structure sociale de la famille concernée.

Les formes de la maltraitance infantile

On distingue différentes formes de maltraitance infantile: la maltraitance corporelle, la maltraitance psychologique, l'abus sexuel, la négligence physique, la négligence psychologique et le «syndrome de Munchhausen par procuration» (AMELANG & KRÜGER 1995). Les mauvais traitements se présentent rarement isolément sous l'une des formes citées, mais plutôt dans une combinaison de diverses variantes de maltraitance. La distinction de ces différentes formes semble cependant sensée et permet une ébauche de classification d'un comportement devenu suspect, en vue de la suppression de schémas comportementaux de maltraitance.

On appelle *maltraitance physique*, des comportements intentionnels et inadéquats par rapport à l'âge de l'enfant, qui entraînent des blessures chez l'enfant (GARBARINO & GILLIAM 1980). L'étendue des mauvais traitements physiques va du secouement violent d'un petit enfant qui crie, pouvant provoquer des hémorragies intracrâniennes («infantile whiplash shaking syndrome») (CAFFEY 1974) jusqu'à la «correction» d'enfants plus âgés au moyen de cannes, de ceintures ou d'autres objets.

La probabilité de la découverte de ce type de maltraitance est grande dans le cadre de la prise en charge pour des soins médicaux ou dentaires. Les victimes de la maltraitance physique sont le plus souvent des garçons de moins de 12 ans (ELLERSTEIN & CANAVEN 1980).

Le terme de *maltraitance émotionnelle* comprend toutes les formes intentionnelles de comportement qui éveillent chez l'enfant un sentiment de peur, de rejet, de dévalorisation et de perte des repères (GARBARINO & GILLIAM 1980). En font partie les critiques inappropriées, l'isolement de l'enfant par l'enfermement, la préférence démonstrative pour une autre sœur, un autre frère (thème d'un conte!) ou l'éveil intentionnel chez l'enfant d'un sentiment de peur de la mort. La maltraitance émotionnelle, en raison de la complexité des comportements qui la provoquent, est plus difficile à appréhender par les personnes étrangères que d'autres formes de maltraitance. On emploie fréquemment des synonymes de la notion de «maltraitance émotionnelle», tels que les termes de «maltraitance psychologique» ou «cruauté mentale» (AMELANG & KRÜGER 1995).

L'*abus sexuel* désigne des actes de nature sexuelle sur des enfants qui ne correspondent ni à leur âge, ni à leur développement cognitif ou à leur rôle dans la famille (BEITCHMAN ET AL. 1992). Selon la nature de l'abus, on distingue les violences «hands-on» et «hands-off». Les premières concernent des violences corporelles directes (contrainte, viol), les secondes par exemple l'utilisation de termes obscènes, la présentation de pornographie, etc.

Les victimes des abus sexuels sont presque exclusivement des filles, la moitié d'entre elles sont âgées de moins de 12 ans (JAFFE ET AL. 1975; LUTHER & PRICE 1980). Dans de tels cas, les «coupables» sont des hommes, appartenant rarement au cercle familial restreint (beau-père, frère aîné, cousin), plus souvent à l'entourage plus large, respectivement des personnes inconnues de l'enfant (FINKELHOR 1994b). On admet qu'une fille sur six et un garçon sur dix a été la victime d'un abus sexuel avant l'âge de 18 ans (ELLERSTEIN & CANAVAN 1980; POSTON & LISON 1989).

Sous la notion de *négligence* on entend le fait de ne pas assurer de manière adéquate des soins nécessaires à la santé, à la sécurité et au bien-être d'un enfant. L'indifférence et l'absence d'intérêt à l'égard d'un enfant se manifestent, dans le cas de la *négligence psychologique*, essentiellement sous la forme d'oublis

et de promesses «vides», ainsi que par l'indisponibilité émotionnelle (GARBARINO & GILLIAM 1980). La négligence corporelle est en étroite relation avec la négligence psychologique, elle est par conséquent le résultat de l'attitude générale à l'égard de l'enfant. Les *négligences corporelle* et psychologique, contrairement à d'autres formes de maltraitance survenant pas épisodes successifs, présente un caractère chronique marqué. Il peut être difficile, lorsque les conditions de vie de la famille ne sont pas connues, de bien délimiter chez un enfant un manque de soins relevant de la pauvreté ou d'une négligence corporelle/psychologique.

Les conséquences de la négligence sont résumées par les notions de «NOFT-syndrome» («non-organic failure to thrive»), respectivement de «syndrome de déprivation psychosociale» («psychosocial dwarfism»). Les négligences corporelle et psychologique sont souvent observées dans des cas de marginalisation de la famille, de maladie dépressive ou de maladie addictive de celui qui détient la garde de l'enfant. Toutes les formes de négligence sont le plus souvent le fait de «coupables» féminins (BULLARD ET AL. 1967).

La dénomination «syndrome de Munchhausen par procuration», la variante qui peut sembler la plus étrangère de maltraitance infantile et dont l'orthographe est fautive en langue allemande («Munchhausen au lieu de Münchhausen»), trouve son origine dans une publication du pédiatre anglais *Meadow* en 1977 (CHAN ET AL. 1986).

Dans le cas du syndrome de Munchhausen par procuration, celui qui détient la garde de l'enfant provoque artificiellement sur ce dernier des symptômes de maladie afin de mettre en route des mesures médicales inutiles dans des buts diagnostiques et thérapeutiques. Ce comportement malveillant de la personne détentrice de la garde vise à en retirer un bénéfice secondaire (LEVIN & SHERIDAN 1995), en attirant l'attention et la compassion sur l'entourage préoccupé par la maladie de l'enfant. D'après les statistiques, la responsable de cette maltraitance est le plus souvent une personne de sexe féminin qui, en raison de la profession (infirmière, entre autres) qu'elle exerce, est en mesure de simuler les symptômes les plus variés de maladies. Cette variante de maltraitance a été portée une nouvelle fois à la connaissance du public américain, en 1996, dans le cadre du cas «Jennifer/Cathy Bush», objet d'innombrables discussions.

Prévalence

Une grande obscurité des données et une classification non uniformisée des différentes formes de maltraitance dans les statistiques correspondantes rendent pratiquement impossible les indications précises au sujet de la fréquence de la maltraitance infantile (KEARNS 1979). Les taux de prévalence constatés, selon la définition de la maltraitance choisie, se situent entre 6,9 et 33,5% (AMELANG & KRÜGER 1995). Plusieurs estimations, publiées indépendamment les unes des autres, suggèrent que sur une période de temps plus ou moins longue, environ 10 à 15% de tous les enfants ont été soumis à des mauvais traitements ou à de la négligence (ENGFER 1986). Environ un quart de toutes les fractures observées au cours des deux premières années et jusqu'à 15% de tous les traumatismes jusqu'à la troisième année devraient être mis en relation avec des mauvais traitements (KEMPE 1971). De plus, la maltraitance serait, jusqu'à l'âge de 5 ans, la deuxième cause de mort chez les enfants (MCNEESE & HEBELER 1977).

Dans la maltraitance infantile, le grand nombre de blessures situées dans la région orale et péri-buccale atteste de l'import-

tance des soins de médecine dentaire à cet égard (BECKER ET AL. 1978). Selon les résultats d'une enquête de l'American Board of Pedodontics, les types de blessures les plus fréquents dans les cas de maltraitance étaient les luxations/fractures dentaires (32% des cas signalés), les ecchymoses/contusions au niveau des tissus mous de la bouche et de la région péri-buccale (24%), les plaies contuses (14%) et les fractures maxillaires (11%).

La négligence, qui représente environ 75% des cas, est de loin de toutes les formes de maltraitance celle qui, en nombre, est la plus importante. Mais devant la pluralité de ses manifestations, les conséquences de la négligence sont rarement reconnues comme telles. C'est par exemple le cas de la constatation suspecte dans un service d'urgence d'une dentition gravement cariée, détruite, qui sera rarement mise sur le compte de la négligence et par conséquent considérée comme une forme de maltraitance de l'enfant («dental neglect») mais bien plutôt envisagée sous l'angle de vue d'une problématique aigüe.

Les causes et les facteurs de risque de la maltraitance infantile

Pour attribuer un comportement à la catégorie de la maltraitance infantile, le facteur déterminant est que l'atteinte à l'intégrité corporelle et/ou psychologique d'un enfant soit sérieusement prise en considération par un adulte (ZIEGLER 1994).

Aujourd'hui, on admet généralement que la maltraitance infantile se développe avant tout dans le cadre d'une relation perturbée parent-enfant. Cette altération de la structure familiale n'est cependant pas une spécificité de certaines couches sociales, ni associée à certains facteurs généralement admis. Cette conception actuelle se traduit également par des changements dans la nomenclature, par la création par exemple de notions telle celle de «family dysfunction», qui attribue la maltraitance à la perturbation de la structure familiale. Dans l'espace linguistique anglo-américain, le terme plus neutre de «family dysfunction» a entre-temps remplacé dans une large mesure les notions habituellement utilisées de «battered child syndrom» ou de «non-accidental injuries to children» (NAI).

Les différents modèles d'explication des causes de la maltraitance infantile s'appuient pour l'essentiel sur trois groupes de critères explicatifs différents (AMELANG & KRÜGER 1995).

Les critères appelés *critères explicatifs psychopathologiques* considèrent que la cause d'un comportement maltraitant est à rechercher dans la personnalité du coupable et de son vécu spécifique. Les problèmes de la personnalité de la personne détenant la garde de l'enfant, résultant par exemple d'expériences de maltraitance qu'elle aurait dû subir, pourraient être tenus pour responsables d'un type de comportement identique à l'égard de ses propres enfants («phénomène du transfert des rôles»). Cela pourrait conduire à la répétition d'actes de violence à travers plusieurs générations. Un type de comportement tel que la négligence peut lui aussi avoir pour conséquence que l'on fasse subir à ceux que l'on devrait protéger la même expérience vécue.

Les *critères explicatifs sociologiques* attribuent les manifestations de la maltraitance infantile à des conditions de vie difficiles combinées au fait que la société accepte largement l'usage de la force dans l'éducation des enfants. Le fait que la violence soit considérée comme un moyen légitime de résolution des conflits, fait apparaître que la maltraitance infantile ne dévie de la norme sociale que si elle dépasse certaines limites.

Les crises familiales et les situations difficiles de détresse matérielle peuvent, selon ces critères explicatifs, être à l'origine des négligences psychologique et corporelle.

Les *critères explicatifs sociaux-situationnels* se fondent sur une «montée en puissance» de la violence dans les situations conflictuelles. Dans de tels cas, l'incompétence pédagogique de ceux qui sont chargés d'éduquer se traduit sous la forme d'une violence incontrôlable (ENGFER 1997). Un élément essentiel de ces critères explicatifs est celui que la violence s'exerce dans le cadre spécifique de la structure interactive entre parents et enfants. Certaines caractéristiques (handicap, haut/bas niveau intellectuel) ou types de comportement de l'enfant occupent une position déterminante dans la genèse de la «spirale de la violence». L'angle de vue des critères explicatifs sociaux-situationnels est le mieux à même d'expliquer la raison pour laquelle, dans la plupart des cas, les parents exercent de la violence sur un enfant en particulier et non pas envers tous les enfants (FRIEDRICH & BORISKIN 1976).

Des critères explicatifs plus modernes partent d'une cause multifactorielle de la maltraitance infantile et tentent de mettre en évidence par des analyses de régression multiples les facteurs de risque pour l'apparition de la violence dirigée contre les enfants («model of child abuse dynamics»; MEIER 1985). La plupart des corrélations en ce qui concerne les caractéristiques des victimes et les variantes socio-démographiques ont été trouvées dans les cas de maltraitance physiques et émotionnelle, mais le caractère prédictible pour les deux formes de mauvais traitements était moins fiable que pour la négligence qui dépend fortement de l'âge de l'enfant, de celui de la mère, d'une famille non éclatée, de l'isolement social et de la situation du revenu de la famille. Dans une période récente, le facteur «chômage» est tenu pour un facteur significatif pour l'apparition de la violence au sein de la famille. Les facteurs de risque pour l'abus sexuel des filles dans l'environnement familial sont ceux qui sont les plus faciles à étudier. Le «risque de vulnérabilité», en d'autres termes, le risque que la fillette devienne une victime d'abus sexuel, va en augmentant de 10-20% en présence notamment des facteurs «soins par un beau-père», «absence de la mère», «absence de relation émotionnelle avec la mère», «bas niveau éducatif de la mère», «éducation sexuelle insuffisante». On a même postulé une relation linéaire entre le nombre des facteurs de risque et la probabilité d'un abus sexuel (FINKELOHR 1984a).

Alors que dans les cas de mauvais traitements corporels et sexuels, une seule et même personne entre généralement en considération au titre de coupable, les négligences corporelle et psychologique résulte d'une attitude particulière de toutes les personnes concernées par l'éducation de l'enfant.

Au contraire de la proportion rencontrée dans les statistiques de la criminalité – où, en ce qui concerne les cas de délinquance, le rapport entre hommes et femmes est de 4:1 –, les violences envers des enfants sont commises plus souvent par les femmes. Si, dans les cas de maltraitements corporelle et psychologique, les coupables et les victimes sont directement apparentés dans trois quarts des cas, dans les cas d'abus sexuel on ne trouve ce type de relation que dans un cas sur vingt.

La maltraitance physique concerne majoritairement des enfants au cours de leurs premières années de vie, les mauvais traitements psychologiques sont exercés le plus souvent sur des enfants en âge de scolarité.

Indices généraux d'une maltraitance

Les premiers indices, dans le cas d'une blessure d'un enfant, évoquant la possibilité des conséquences d'une maltraitance,

proviennent le plus souvent des circonstances dans lesquelles intervient la prise en charge par le médecin ou le médecin-dentiste. C'est ainsi que les conséquences d'une maltraitance corporelle, ainsi que de la négligence, apparaissent de façon typique dans le cadre des soins donnés dans un service d'urgence (AMBROSE 1989).

Dans les cas de maltraitance corporelle, la suspicion est éveillée pour ainsi dire toujours par le grand retard entre le moment où la blessure a été provoquée et celui où a lieu la prise en charge par le médecin-dentiste (SMYTH 1972). Dans les cas de négligence, on mentionne – souvent en passant et sans y accorder d'importance – le fait que les douleurs ont commencé il y a déjà longtemps ou que l'enfant a été présenté à plusieurs reprises dans des centres d'urgence.

Le «maltraitant» qui accompagne l'enfant, ainsi que d'autres personnes au courant des faits, répugnent – généralement après avoir exprimé leur inquiétude et leur sollicitude – à laisser ce dernier seul avec le personnel médical ou de médecine dentaire, afin d'être en mesure, le cas échéant, de «corriger» certaines déclarations de l'enfant ou, par leur présence, d'être en mesure d'empêcher la description des vraies circonstances de l'événement qui a provoqué la blessure. De manière caractéristique, pendant la prise en charge par le médecin ou le médecin-dentiste, le coupable probable fait preuve d'une attitude exempte d'inquiétude.

Les enfants maltraités, en présence de celui qui a provoqué leurs blessures ou de ceux qui sont au courant des faits, ont un comportement typique, suradapté, pour éviter que plus de malheur ne leur soit infligé. Au moment de la séparation d'avec celui qui en a la garde (et qui les maltraite ou est seulement au courant des faits), ils réagissent généralement en ne manifestant aucune émotion. De manière très caractéristique, ils observent très attentivement leur entourage («frozen watchfulness»).

La démesure dans les explications au sujet des circonstances dans lesquelles est survenue une blessure ou au sujet de l'état catastrophique de la dentition de l'enfant, de même que la trop grande richesse des détails dans la description devraient éveiller l'attention en direction des suites d'une maltraitance/de négligence. Sont très significatifs, les contradictions dans la description du «déroulement de l'accident» qui a eu pour conséquence le traumatisme, des divergences entre les données anamnestiques et les constatations, respectivement des déclarations de la personne accompagnante et de l'enfant qui vont à l'encontre les unes des autres.

Constatations spécifiques en cas de maltraitance infantile

Le caractère stéréotypé de l'usage de la violence dans le cas de maltraitance infantile entraîne un modèle caractéristique des blessures.

Les blessures typiques résultant de la maltraitance corporelle sont

- la présence simultanée de plusieurs dents fracturées, luxées ou disloquées par traumatisme au niveau de différents segments mandibulaires,
- des lacérations au niveau de la muqueuse labiale ou du palais dur, provoquées par exemple par l'introduction forcée d'un couvert,
- des blessures à différents stades de guérison (plusieurs hématomes présentant une coloration différente),
- des blessures à localisation bilatérale,
- des lésions (multiples) par morsure,

- des blessures répétées au niveau du crâne, à des endroits différents alors que dans l'anamnèse il n'est question que d'une chute,

- des hématomes des orbites sans autres blessures accompagnantes et

- des brûlures rondes (par des cigarettes!)

(LEVINE 1977; BECKSTEAD ET AL. 1979; KAMANN & GALON 1997; AMBROSE 1989; SPERBER 1989).

Devant tous les modèles de blessures atypiques, on devrait en principe prendre en considération, dans le cadre du diagnostic différentiel, la possibilité des conséquences d'une maltraitance (HELPER ET AL. 1977). On a même décrit des exemples de blessures curieuses, comme celle d'une lésion du foie par piqure chez un enfant maltraité (STONE ET AL. 1976).

La localisation des blessures fournit déjà une indication importante, de même que les blessures concomitantes. Les blessures provoquées par des mauvais traitements sont localisées de préférence au niveau du thorax, du dos et de la face interne des extrémités. Les blessures provenant d'accidents de jeux concernent les faces d'extension des articulations, le front et le menton.

Diagnostic

Un élément caractéristique de la maltraitance infantile est le fait que les moments de crise, qui s'étendent sur une longue période, vont en s'aggravant et ont des suites toujours plus sérieuses pour l'enfant. Les conséquences corporelles et psychologiques de la négligence ont une corrélation avec la durée qui dépasse la moyenne, de là l'importance de la constatation précoce des mauvais traitements.

L'oubli de prendre en compte la maltraitance et la négligence dans un diagnostic différentiel, lourd de conséquences pour l'enfant, ne vient pas uniquement de la méconnaissance des symptômes typiques et des mesures à prendre en cas de suspicion, mais plutôt de la tabouisation du phénomène par la société et de la crainte subjective de commettre une fausse interprétation (TEN BENDEL & KING 1975; BECKER 1978 DAVIS ET AL. 1979). Reconnaître que dans un cas en particulier on se trouve effectivement en présence des conséquences d'une maltraitance peut aussi aller au-delà des compétences du médecin-dentiste et entraîner des réactions disproportionnées. S'il sait que le «coupable» a autant besoin d'aide que la «victime», cela peut l'aider à contenir ses propres émotions et éviter une aggravation de la situation s'il s'agit réellement d'une maltraitance.

Documentation

Pour des raisons légales avant tout, les cas de suspicion de conséquences d'une maltraitance devraient être documentés en détail. Une deuxième personne (assistante) devrait être mise au courant de la suspicion et être persuadée de bien graver dans sa mémoire toutes les circonstances et la nature des blessures (KITTLE ET AL. 1981). Enfin, il est essentiel de faire par écrit des annotations très détaillées dans le dossier du patient (KAMANN 1996).

Chaque fois que la chose est possible, les constatations devraient être documentées par des photographies. Afin de pouvoir, par la suite, se faire une idée exacte de l'importance tridimensionnelle des blessures, il est recommandé de prendre ces photographies sous différents angles.

En cas de blessures par morsure, à côté de la documentation photographique, on peut éventuellement procéder à une prise d'empreinte avec une silicone fluide. En présence de blessures

par morsure de fraîche date, on peut éventuellement procéder à un prélèvement pour la mise en évidence de l'ADN du coupable (SPERBER 1989).

Les conséquences de la maltraitance infantile

Quelle qu'en soit la forme (maltraitance corporelle/psychologique, abus), la maltraitance aura un retentissement négatif au niveau du développement cognitif et psychosocial de l'enfant. Les conséquences pour le développement de l'enfant dépendent par conséquent moins de la forme des mauvais traitements en présence desquels on se trouve que, dans une plus grande mesure, des circonstances de la maltraitance (identité de celui qui maltraite, âge, durée, mécanismes de protection, contexte familial) (MANNARINO 1991; FRIEDRICH ET AL. 1986). Une exception est constituée par le modèle dans lequel la négligence conduit pour l'essentiel à une évolution en direction d'une «faiblesse du moi» («personnalité extrinsèque») et à une labilité émotionnelle. Parmi les conséquences possibles des mauvais traitements et de la négligence on peut rencontrer, à

l'âge adulte, des dépressions, des névroses de peur, des comportements addictifs, mais également des troubles se manifestant au niveau d'un syndrome borderline (FERGUSON 1996a, 1996b).

Les victimes d'abus sexuels courent un grand risque d'en être une nouvelle fois les victimes dans le cadre de leurs futures relations (RUSSELL 1986).

A l'heure actuelle, on sait très peu de choses en ce qui concerne ce qu'on nomme des «facteurs de médiation», c'est-à-dire les influences réduisant la gravité des conséquences de la maltraitance. Seul le fait que l'existence d'une structure familiale non éclatée, respectivement le lien d'attachement de l'enfant à une personne adulte proche (grands-parents, par exemple) semble constituer un facteur de médiation avéré au niveau de l'évolution d'un enfant ayant subi des mauvais traitements.

Les conséquences sérieuses de la maltraitance pour un enfant mettent une fois encore en évidence l'importance, pour les membres des professions de la santé, de se confronter à cette thématique.