

Violence et négligence envers les enfants — les dentistes en font-ils assez?

- Andrew Tsang, DMD •
- David Sweet, DMD, PhD •

S o m m a i r e

Les professionnels de la santé dentaire continuent de ne pas rapporter tous les cas de violence faite aux enfants, et ce, malgré une sensibilisation croissante du rôle qu'ils joueraient à en reconnaître les signes. Le présent article présente un aperçu de ces actes de violence et de négligence à l'égard des enfants, ainsi que des signes auxquels les professionnels dentaires devraient être particulièrement sensibles. Des protocoles de documentation sont également offerts pour aider au signalement de ces actes criminels repérés dans le cabinet dentaire.

Mots clés MeSH : *child abuse; dentists; social responsibility*

© J Can Dent Assoc 1999; 65:387-91
Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.

Les enfants maltraités représentent encore un problème social et sanitaire important. La violence entraîne souvent d'innombrables tragédies qui compromettent les capacités physiques, intellectuelles ou émotionnelles d'un enfant parfois jusqu'à l'âge adulte. Ses méfaits imposent énormément de tensions financières sur les systèmes de la santé et du bien-être social. Alors qu'au Canada on ne dispose d'aucunes statistiques récentes, on estime qu'aux États-Unis le coût annuel du traitement des enfants ainsi gravement blessés s'élève à 500 millions de dollars¹.

Les effets prolongés de la violence faite aux enfants sont douloureux et destructifs. À haut risque de devenir de violents délinquants à l'âge adulte², les victimes se heurtent souvent à de nombreuses barrières sociales et réussissent moins bien à l'école³. Les victimes de sévices sexuels ont tendance à avoir une mauvaise estime de soi, à être extrêmement déprimées et souvent, à un taux supérieur à la normale, à consommer des substances toxiques et à connaître des troubles de l'alimentation³. Les experts prévoient que la violence faite aux enfants continuera d'augmenter et d'influer sur le système social. Tous les citoyens doivent s'efforcer d'intervenir et d'arrêter ces actes criminels.

D'après certaines études, 50 p. 100 de toutes les blessures impliqueraient la tête et le cou, ce qui place les dentistes au premier rang pour en repérer les signes⁴. Les programmes de premier cycle de la plupart des écoles dentaires du Canada enseignent maintenant sur le sujet. En 1985, Carlin a rapporté une moyenne de 1 h 45 de cours qui y était réservée⁵. D'après

de récentes études, les professionnels de la santé dentaire sont nettement plus sensibilisés qu'auparavant à la violence faite aux enfants^{6,7}. Malgré cette sensibilisation, beaucoup croient que ces actes de violence ne sont encore pas tous rapportés par les professionnels de la santé, y compris la communauté dentaire. En effet, une étude américaine a révélé qu'un seul cas sur trois d'actes criminels connus des professionnels de la santé est en réalité signalé⁸.

Santé Canada entend par «violence faite aux enfants» les mauvais traitements qui, provoquant des blessures ou traumatismes psychologiques ou émotionnels, sont infligés à l'enfant par un parent, un tuteur, une gardienne ou une autre personne responsable⁹.

- La violence physique signifie tout acte de force ou geste qui excède la force jugée raisonnable pour discipliner un enfant et qui entraîne une blessure non accidentelle.
- L'exploitation sexuelle comprend tout acte d'agression sexuelle (consensuel ou non) à savoir, sans toutefois s'y limiter, les relations sexuelles, les contacts sexuels et la fellation.
- La violence psychologique désigne tout acte ou toute négligence commis par un parent qui peuvent causer des troubles émotionnels graves et prolongés. Citons, par exemple, l'isolement social, le rejet, l'humiliation et les demandes irréalistes imposées aux enfants.
- La négligence se produit quand les parents ne répondent pas aux nécessités de l'enfant quant à son développement psychologique, émotionnel et physique. La négligence

émotionnelle implique le sentiment de ne pas être aimé, de ne pas valoir grand chose et de ne pas se sentir en sécurité. La négligence physique comprend le manque de bonne nutrition équilibrée, d'abris, d'habillement, de soins médicaux et de protection.

Les statistiques

Il est difficile de chiffrer les actes de violence faite aux enfants étant donné que ces derniers relèvent du secret et que chaque province et territoire compile ses propres statistiques en fonction de définitions régionales. Une étude de Wang et Daro a révélé que, en 1996, plus de trois millions de cas de violence faite aux enfants ont été signalés aux agences américaines de protection à l'enfance¹⁰.

Actuellement, aux États-Unis voire au Canada, 47 enfants sur 1000 sont soupçonnés d'être victimes de mauvais traitements. Cependant, les taux de signalement ne reflètent pas les taux d'incidence. L'incidence élevée de faux signalement risque de porter nombre de professionnels de la santé à croire que le système est hors de contrôle et peut décourager certains praticiens de rapporter les cas soupçonnés de violence. Or, ne pas le faire peut causer de grands préjudices, puisque 40 p. 100 des décès dus à la violence ou à la négligence concernent des enfants déjà rapportés aux services de protection à l'enfance¹⁰. Une étude menée en 1981 indiquait que 50 p. 100 des enfants gravement battus mourraient après un nouvel acte de violence¹¹.

Selon Santé Canada, ces dix dernières années, le nombre de cas soupçonnés de violence et de négligence envers les enfants a énormément augmenté — sans doute le résultat d'une sensibilisation accrue aux signes physiques. Les rapports des provinces indiquent également une montée importante de cas¹². En Colombie-Britannique, ce nombre a augmenté de 1100 p. 100 de 1974 à 1984 et, au Manitoba, de 289 p. 100 de 1978 à 1986⁸. Des chiffres comparables se répètent dans d'autres juridictions¹³.

La violence est un phénomène cyclique et épisodique qui peut se poursuivre jusqu'au décès de la victime. Environ 3000 enfants en meurent chaque année aux États-Unis. De ces décès rapportés en 1996, 77 p. 100 des victimes avaient moins de cinq ans, dont 45 p. 100 n'avaient même pas un an¹⁰.

Le portrait-robot de l'agresseur

Les agresseurs viennent de tous les horizons, peu importe leur statut socio-économique ou d'éducation et leur milieu familial, religieux ou culturel. La violence n'est pas moins présente dans les familles fortunées; le secret est tout simplement mieux gardé. Le stress qui pèse sur les familles peut inciter aux mauvais traitements des enfants. Entre autres raisons typiques, on compte le stress financier, le démembrement de la famille, la maladie, l'abus de substances toxiques, le chômage et le foyer surpeuplé. Les agresseurs sont relativement jeunes, bien souvent en deçà de 25 ans. La plupart ont un intellect normal, et la maladie mentale est rarement un facteur de violence¹⁴. Un parent peut être l'agresseur alors que l'autre peut en garder le secret.

Tableau 1 Signes cliniques des mauvais traitements envers les enfants

À la réception

1. Observez régulièrement les enfants et notez tout comportement inhabituel. Évaluez l'hygiène, ainsi que les signes extérieurs d'une bonne alimentation et d'une bonne santé en général. L'enfant est-il bien habillé pour le temps qu'il fait?
2. Le visage ou le corps de l'enfant est-il couvert de contusions ou de blessures?
3. Comment l'enfant se comporte-t-il envers autrui? Les enfants maltraités peuvent se montrer agressifs en se mettant en colère ou en perdant leur sang-froid sans raison, voire risquent d'être maussades, stoïques ou renfermés.

Examen extrabuccal

1. Examinez la tête et le cou pour repérer toute asymétrie, enflure ou contusion; inspectez le cuir chevelu pour des signes de tirage de cheveux; vérifiez les oreilles à l'affût de cicatrices, de déchirements et d'anomalies (III. 1).
2. Surveillez les contusions et les écorchures de couleurs variées qui représentent différentes étapes de guérison. Vérifiez les marques distinctes laissées sur la peau par des objets comme des ceintures, des cordes, des ceintres ou des cigarettes (III. 2A et 2B).
3. Examinez le milieu du visage pour noter toute contusion bilatérale autour des yeux, des pétéchies (petits points rouges ou violets contenant du sang) dans le blanc de l'œil, une ptosis des paupières, un regard dévié, un nez contusionné, un septum nasal dévié ou un caillot de sang dans le nez.
4. Surveillez les marques de morsure, qui peuvent résulter d'une crise de colère incontrôlable de la part de l'adulte ou d'un autre enfant. Les marques se trouvant là où il est impossible de se mordre soi-même ne sont jamais accidentelles.

Examen intrabuccal

1. Les brûlures ou contusions laissées par une corde ou un tissu près des commissures de la bouche peuvent résulter d'un baïllonnement. Il se peut aussi que des cicatrices aux lèvres, à la langue, au palais ou au frein de la langue indiquent une alimentation forcée. Des manifestations buccales de maladies sexuellement transmissibles peuvent signaler des agressions sexuelles.
2. Un frein labial déchiré peut être un indice intrabuccal de mauvais traitements. Rappelez-vous qu'il est important de prendre en considération l'âge d'un enfant puisqu'un frein labial déchiré chez un enfant qui apprend à marcher n'est pas inhabituel (III. 3).
3. Quant aux blessures subies par les tissus durs suite à un traumatisme (p. ex. dents fracturées ou manquantes, et mâchoire fracturée), elles devraient faire l'objet d'une enquête.



Illustration 1 : Quand il y a preuve de blessure traumatique, on devrait s'efforcer de déterminer si la cause était accidentelle ou intentionnelle.



Illustration 2A : Les brûlures de cigarette résultant de mesures disciplinaires abusives ou de tortures peuvent être décelées au cabinet dentaire.



Illustration 2B : Les photographies devraient montrer une règle placée à côté de la blessure pour aider à enregistrer sa taille.



Illustration 3 : Un frein labial déchiré ou contusionné est un signe intrabuccal courant de mauvais traitements.

En faisons-nous assez?

Les dentistes ne rapportent pas les cas de violence faite aux enfants pour nombre de raisons. Une étude de 1986 a conclu que les principaux obstacles sont l'ignorance du problème et un manque de sensibilisation¹³. Entre autres raisons, on compte la peur de confronter des parents coléreux ou de s'impliquer, le refus de croire que les parents négligent leur(s) enfant(s) ou la crainte de représailles économiques sous la forme d'une perte de la clientèle. Les dentistes à qui on a appris à reconnaître les signes de mauvais traitements et de négligence sont cinq fois plus enclins à en rapporter les cas, comparativement à ceux dépourvus d'un tel enseignement¹³.

Les dentistes sont tenus par la loi de rapporter tout cas soupçonné de violence ou de négligence envers les enfants, et ce, dans toutes les juridictions provinciales sauf le Yukon. Ils sont protégés de toute responsabilité tant que les rapports se fondent sur des motifs raisonnables et sont déposés de bonne foi. Les praticiens peuvent être tenus légalement responsables par la victime pour ne pas avoir rapporté l'incident devant un motif raisonnable.

Les signes

Dépister les signes de mauvais traitements devrait faire partie intégrante de tout examen clinique effectué sur un enfant. Même si beaucoup de blessures ne sont pas causées par des actes de violence, les dentistes devraient toujours se méfier des coups traumatiques.

En prodiguant des soins continus, les dentistes sont particulièrement bien placés pour observer la relation parent-enfant ainsi que les changements dans le comportement de l'enfant. Il se peut qu'un parent amène son enfant chez le dentiste pour faire traiter des dents cassées ou mobiles, mais ne l'amène pas chez le médecin pour faire traiter d'autres types de blessures. Le **tableau 1** décrit les signes cliniques de mauvais traitements infligés aux enfants, que le dentiste peut observer. L'incidence élevée de blessures au visage associées à des actes de violence place les dentistes aux premiers rangs des professionnels appelés à détecter et à traiter les enfants maltraités.

Négligence dentaire

Les caries non traitées sont-elles des signes de négligence?

Souvent, la principale raison pour laquelle un traitement approprié n'est pas recherché est l'impossibilité pour un parent de payer des soins dentaires globaux. Nonobstant ce dilemme, l'Académie américaine de la dentisterie pédiatrique entend par «négligence» le fait qu'un parent ou un tuteur ne cherche pas à faire traiter les caries visiblement non traitées, les infections et les douleurs buccales, ou refuse le traitement une fois informé des conditions existantes¹⁵. Les signes de négligence comprennent :

- les caries rampantes non traitées qui peuvent être facilement repérées par un profane;
- les saignements ou traumatismes non traités dans la région buccofaciale;
- la discontinuité des soins en présence de troubles déjà identifiés.

Nombre de parents prétendent à l'ignorance quand on en vient à parler de caries du biberon, convaincus que les dents primaires finiront par tomber. Or, une telle attitude est jugée être un acte de négligence, et on se doit d'intervenir quand un parent n'agit pas en conséquence après avoir été informé convenablement de la nature du problème et du traitement spécifique requis.

Documentation et intervention

La plupart des blessures causées par une chute accidentelle sont uniplanes (c.-à-d. situées sur la face avant du corps). Ceci est bien différent des blessures typiques de violence physique qui, elles, sont multiplanes. Le dentiste devrait prendre l'habitude de questionner l'enfant et le parent séparément sur les raisons de toute blessure observée, et un membre du personnel devrait être présent à titre de témoin. Il devrait poser des questions ouvertes pour éviter toute allégation accusatoire. Les explications données par l'enfant et le parent sont-elles les mêmes? Sont-elles cohérentes et valables compte tenu du type de blessure observée? Si elles ne corroborent pas l'étendue des blessures, celles-ci devraient être traitées comme acte soupçonné de violence et documentées dans le dossier du patient.

Une bonne documentation des cas soupçonnés de violence comprend des photographies et des radiographies des structures concernées. Les premières devraient montrer une règle placée à côté de la blessure pour aider à enregistrer sa taille. Des notes détaillant l'emplacement, l'apparence, la gravité et la répartition des blessures devraient être inscrites au dossier dentaire.

Au moindre doute, il est préférable de consulter le médecin du patient, un travailleur social ou les autorités locales avant de rapporter l'incident. D'autres praticiens en relation avec l'enfant risquent avoir des soupçons semblables et peuvent vouloir en discuter avec vous. Il peut s'avérer également utile de consulter un collègue qui a déjà eu affaire avec des enfants maltraités.

Rapport de cas soupçonnés

Les dentistes qui ont rapporté des cas soupçonnés de violence faite aux enfants demandent souvent si les parents devraient en être informés. Bien évidemment, il peut s'avérer extrêmement difficile de confronter un parent avec qui des liens professionnels ont été noués. Il n'est pas nécessaire

d'aviser les parents ou les tuteurs d'enfants lorsqu'un rapport a été déposé. En général, on suggère de ne pas en informer les parents de peur que cela ne mène à un épisode fâcheux qui pourrait éventuellement mettre le dentiste, le personnel du cabinet et l'enfant en danger. En outre, il se peut que les parents persuadent le dentiste de ne pas rapporter l'incident si ce dernier venait à en discuter avec eux¹⁶.

Au Canada, plusieurs organismes s'occupent de recevoir les rapports et d'enquêter. Parmi eux, on compte la division locale de la GRC ou de la police municipale, voire le ministère du gouvernement responsable du bien-être de la famille et de l'enfant. Une des méthodes les plus efficaces pour rapporter tout acte soupçonné de violence au Canada est de composer le 0 et de demander à être transféré au Zénith 1-2-3-4, qui est le numéro de téléphone de la ligne secours pour les enfants. Une fois transféré, l'interlocuteur est mis en communication directe avec les organismes d'enquête.

Une fois un rapport déposé, les organismes de services aux familles et aux enfants enquêtent. Entre autres mesures, on compte des services d'aide et de conseil à la famille voire le placement temporaire ou permanent de l'enfant. Dans les cas où il y a enquête criminelle, ce qui implique l'intervention de la police, les services de police et de protection à l'enfance travaillent ensemble. Le dentiste qui le premier a rapporté l'incident peut demander à être tenu au courant des progrès de l'enquête.

Protection des intérêts de l'enfant

Les cabinets dentaires peuvent aider à sensibiliser la collectivité aux mauvais traitements et à la négligence envers les enfants de plusieurs façons. Des brochures sur la violence et des documents de référence des organismes communautaires peuvent être mis à la disposition des patients dans la salle d'attente. Cette documentation fournit non seulement de précieux renseignements sur la nature du problème et les services d'aide aux victimes, mais aussi signalent à tous les patients que le personnel du cabinet est à l'affût des signes de mauvais traitements infligés aux enfants. En participant aux organismes de lutte contre la violence familiale, les dentistes et le personnel du cabinet dentaire peuvent aider à sensibiliser la collectivité et à améliorer l'image publique de la profession. Tous les membres du cabinet devraient connaître les signes d'actes de violence et être encouragés à suivre une formation continue dans ce domaine.

Résumé

Ce dont nous devrions nous occuper en premier est de protéger les enfants maltraités. En cas de doute, mieux vaut se tromper au bienfait de la sécurité de l'enfant. Les enfants maltraités et les enfants témoins d'actes de violence conjugale sont à plus grand risque de devenir eux-mêmes des agresseurs à l'âge adulte. Ainsi, chaque fois que nous empêchons un individu d'être maltraité, protégeons-nous sans doute de futures victimes. Il incombe à chacun de nous d'empêcher la violence de se transmettre de génération en génération, en reconnaissant ce cercle vicieux. Les dentistes ont l'occasion d'endosser un rôle proactif en aidant les victimes.

Nous encourageons le personnel de la santé dentaire à consulter le large éventail de documentation qui existe sur le sujet afin de mieux comprendre la nature et la fréquence des actes de violence sous ses nombreux éclairages. Pour obtenir de plus amples renseignements à cet égard, veuillez consulter la publication *Documentation sur la violence familiale à l'intention des professionnels de la dentisterie* que vous pouvez vous procurer auprès du Centre national d'information sur la violence dans la famille à Santé Canada, Ottawa (Ontario) K1A 1B5 (Numéro sans frais : 1-800-267-1291).

Le Dr Tsang est praticien résident en dentisterie générale, Faculté de médecine dentaire, Université de la Colombie-Britannique.

Le Dr Sweet est directeur du Bureau de dentisterie légale, Vancouver (C.-B.).

Demandes de tirés à part : Dr David Sweet, Bureau de dentisterie légale, 146-2355, centre commercial est, Vancouver BC V6T 1Z4.

Les vues exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions et les politiques officielles de l'Association dentaire canadienne.

Références

1. MacMillan H, MacMillan J, Offord D. Periodic health examination, 1993 update: 1. Primary prevention of child maltreatment. The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *CMAJ* 1993; 148:151-63.
2. Herbert CP. Family violence and family physicians. *Can Fam Physician* 1991; 37:385-90.
3. Direction des services de santé, Santé Canada. Documentation sur la violence familiale à l'intention des professionnels de la dentisterie. Ottawa (Ont.) : Centre national d'information sur la violence dans la famille; 1994.
4. Ambrose JB. Orofacial signs of child abuse and neglect: a dental perspective. *Pediatrician* 1989; 16:188-92.
5. Carlin SA, Polk KK. Teaching the detection of child abuse in dental schools. *J Dent Educ* 1985; 49:651-2.

6. Blain SM. Abuse and neglect. *J Calif Dent Assoc* 1991; 19:16-24.
7. da Fonseca MA. The important role of dental hygienists in the identification of child maltreatment. *J Dent Hyg* 1993; 67:135-9.
8. Wachtel A. Mauvais traitement à l'égard des enfants : document de travail. Ottawa (Ont.) : Santé et Bien-être social Canada; 1989.
9. Province de la Colombie-Britannique. Inter-ministry child abuse handbook. An integrated approach to child abuse and neglect. Victoria (C.-B.) : ministère des services sociaux et du logement; 1988.
10. Wang CT, Daro D. Current trends in child abuse reporting and fatalities: the results of the 1996 annual fifty-state survey. Chicago (IL): National Committee to Prevent Child Abuse; 1997.
11. Kittle PE, Richardson DS, Parker JW. Two child abuse/child neglect examinations for the dentist. *ASDJ J Dent Child* 1981; 48:175-80.
12. Badgley R. Rapport du Comité sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes. Ottawa (Ont.) : Approvisionnement et Services Canada; 1984.
13. Kassebaum DK, Dove SB, Cottone JA. Recognition and reporting of child abuse: a survey of dentists. *Gen Dent* 1991; 39:159-62.
14. Waldman HB. Child abusers, the abused and the murdered: in our nation and your state. *ASJD J Dent Child* 1997; 64:169-75.
15. Recommandations du Conseil d'administration de l'Académie. Académie américaine de la dentisterie pédiatrique, Comité sur les mauvais traitements et la négligence envers les enfants, avril 1984.
16. Chiodo GT, Rosenstein DI. Child abuse in Oregon: the dentist's responsibility. *J Oreg Dent Assoc* 1984; 54:21-4.

CENTRE DE DOCUMENTATION DE L'ADC

Le Centre de documentation de l'ADC a en sa possession plusieurs dossiers de documentation qui aideront les professionnels dentaires à approfondir leurs connaissances et sensibilité à l'égard de tout acte de violence infligé, entre autres, aux enfants et aux personnes âgées. Tél. : 1-800-267-6354, poste 2223; courriel : info@cda-adc.ca.

WARNER LAMBERT

M. Eric Sorensen et M. Al Robertson, respectivement président et vice-président de Warner-Lambert Canada Inc., et le Dr Richard Sandilands, président de l'Association dentaire canadienne, ont le plaisir d'annoncer que la société Warner-Lambert commanditera le Dîner du président de l'ADC tenu conjointement à l'assemblée annuelle du Bureau des gouverneurs de l'ADC de 1999, à Ottawa.

Warner-Lambert, fabricant de la gomme à mâcher Trident et des rince-bouche antiseptiques Listerine d'origine, menthe rafraîchissante et menthe fraîcheur, offre ses meilleurs voeux à l'Association dentaire canadienne, à son président, le Dr Richard Sandilands, et à son président désigné, le Dr John Diggins.






L'Association
dentaire canadienne

Canadian Dental
Association