



LE RÔLE DU CHIRURGIEN-DENTISTE DANS LE DÉPISTAGE DE LA MALTRAITANCE INFANTILE

THE DENTIST'S ROLE IN SCREENING CHILD ABUSE

Loreto PEMAN*, Aimé CONIGLIARIO

RÉSUMÉ

La maltraitance infantile est malheureusement présente en France et demeure un sujet tabou et méconnu pour certains professionnels comme le chirurgien-dentiste. D'ailleurs, la plupart des dentistes ne se rendent pas compte de l'importance de leur position pour le dépistage des sévices aux enfants. D'après une recherche bibliographique et un sondage auprès des chirurgiens-dentistes français et espagnols on obtient un cadre réel décomposé des connaissances des professionnels sur la conduite à tenir face à un éventuel dépistage dans le cabinet dans les deux pays voisins. On constate une claire manque de formation sur le sujet : les attitudes et lésions à remarquer, conduite à tenir et le plus important, la procédure du signalement. En conséquence, il est nécessaire une prise de conscience en vue d'une restructuration ayant pour but une amélioration de la formation sur ce sujet, la mise en place des protocoles standardisés et l'accès aux informations à tous les collègues chirurgiens-dentistes.

MOTS-CLÉS

Chirurgien-dentiste, sévices infantiles, procédure signalement, dépistage.

ABSTRACT

Child abuse is unfortunately present in France and remains a taboo and unknown subject for some professionals such as dentists. Moreover, most dentists do not realise the importance of their position in detecting child abuse. From bibliographic research and a survey of French and Spanish dentists, we obtain a broken-down

picture of the professional's knowledge on how to deal with a possible screening in the office in both neighbouring countries. There is a clear lack of training on the subject: the attitudes and lesions to be noticed, what to do and, most importantly, the reporting procedure. Consequently, there is a need for awareness raising and restructuring with the aim of improving training on this subject, setting up standardised protocols and making information available to all dental colleagues.

KEYWORDS

Dentist, child abuse, reporting procedure, screening.

* * *

INTRODUCTION

La maltraitance infantile est un sujet d'intérêt public malheureusement fréquent et encore sous-estimé. Le rôle du chirurgien-dentiste dans son dépistage, quant à lui, est très méconnu. La plupart des dentistes ne se rendent pas compte de l'importance de leur position pour le dépistage des sévices aux enfants. C'est pour cela qu'à peine 10 % des dentistes signale des cas de suspicion de maltraitance. Cela peut être dû à différentes causes : manque de compétences, peur de poser un faux diagnostic, négation de la présence d'un acte violent, peur de la confrontation avec les parents ou faible confiance dans le système de protection à l'enfant.

Définition

Il existe de nombreuses définitions de la maltraitance mais d'après l'OMS, « la maltraitance à l'encontre d'un enfant désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de

* Chirurgien-dentiste.



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, il est considéré aussi comme une forme de maltraitance, le fait d'exposer l'enfant au spectacle de violences entre partenaires intimes. »

HISTOIRE

Malheureusement la maltraitance infantile a été présente tout au long de l'Histoire. Déjà à l'Époque Romaine ou la Grèce Antique on constate l'abandon des enfants considérés inutiles ou leurs sacrifices vers les dieux. L'enfant était considéré comme une possession et non une personne.

Au Moyen Age, il n'est pas rare d'observer des abandons et l'exploitation infantile commence à être présente et très répandue du fait que les enfants sont des adultes en miniature capables de faire les mêmes tâches qu'un adulte mais privés d'une voix propre.

Au XVII^e siècle, Jean Jacques Rousseau déclare les valeurs et besoins propres des enfants. Par contre, cela n'est pas respecté et la situation reste inchangée. En 1860 Ambroise Tardieu, décrit la clinique des enfants maltraités en dénonçant ce fait par la première fois et en impliquant aussi le milieu familial.

Au XX^e siècle, John Caffey et Frédéric Silverman s'intéressent à nouveau au sujet de la maltraitance par les lésions retrouvées à travers la radiographie pédiatrique. Grâce au travail de Silverman en collaboration avec Kempe en 1962, le syndrome de l'enfant secoué, connu plus familièrement comme syndrome de Silverman est mis en évidence.

En 1924, est signée la Déclaration de Genève des Droits de l'Enfant, acceptée par l'ONU le 20/11/1959. Cette déclaration est signée juste à titre déclaratif. C'est ainsi que, le 20/11/1989 la Convention des Droits de l'Enfant est signée, devenant la base à respecter en possédant déjà une valeur légale.

En France, on commence à développer des organismes pour s'occuper des sévices aux enfants. En 1989 le Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance Maltraitée (SNATEM) est créé. Puis, en 1990 l'Observatoire National de l'Action Sociale (ODAS). En 2004 apparaît l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) devenant l'Observatoire National de Protection à l'Enfance (ONPE) en 2016. Depuis, beaucoup de plans, structures et lois ont été créés et acceptés pour protéger l'enfant et faire valoir ses droits même si la maltraitance est encore loin d'être éradiquée.

FACTEURS DE RISQUE

Les facteurs de risque mis en évidence peuvent être liés aux parents (parent violent, antécédents de violences subies dans l'enfance, troubles psychologiques/psychiatriques, addictions, jeunes parents, famille recomposée ou monoparentale), liés à la grossesse (enfant résultant d'un viol, grossesse mal supportée ou pathologique, dénis de grossesse), liés à l'enfant (troubles de comportement de l'enfant, enfant handicapé ou malade, enfant de remplacement, attentes des parents non satisfaites) ou liés à l'environnement (faibles ressources financières, instabilité professionnelle, changement culturel, institutions de garde).

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Pour écrire cet article on a établi deux étapes. La première, une recherche bibliographique sur la maltraitance infantile et sur le rôle du chirurgien-dentiste face à ces situations, réalisée en français et en espagnol sur les serveurs de recherche Scielo, Pub Med et Medline. La deuxième partie comprend la réalisation d'un sondage à 17 questions grâce au serveur SurveyMonkey. Les questions abordées telles que l'âge, lieu d'exercice, connaissances et formations suivies sur le sujet, exposition à des cas de maltraitements dans leur cabinets, conduite à tenir face à ces situations, ont permis d'obtenir un cadre assez clair de la réalité. La diffusion de ce dernier auprès des dentistes français et espagnols par le biais d'Internet, permet la conséquente analyse des résultats.

TYPES DE LÉSIONS

Il n'existe pas de lésions vraiment pathognomoniques de la maltraitance infantile mais leur nombre, localisation, forme, stade de cicatrisation ou l'âge de la victime peuvent nous faire suspecter les mauvais traitements. D'après les études de Da Fonseca en 1992, 75 % de lésions par violences physiques se trouvent au niveau de la face et du cou.

On classe les différentes lésions :

1. Lésions cutanéomuqueuses :

1.1. Contusions :

Ces lésions sont les plus fréquentes.

D'après Nossintchouk il existe 4 degrés de contusions : ecchymoses, hématomes, écrasements et broiements. L'aspect des ecchymoses permet d'estimer les lésions. On peut reconnaître les empreintes des doigts ou des objets à l'origine de ces lésions comme des liens, couteaux ou piques.



1.2. Griffures.

1.3. Brûlures :

Elles sont constatées dans 10 % de cas de violences physiques. Elles peuvent être électriques, chimiques, mécaniques ou thermiques.

1.4. Alopécie :

Elle peut être intentionnelle ou la conséquence d'une absence prolongée de mouvement.

1.5. Morsures :

Les morsures ne sont jamais accidentelles. Elles sont localisées plus fréquemment sur les joues, bras, poitrine, jambes et fesses.

La distance intercanine peut donner des informations sur l'agresseur. Au-delà de 3 cm, la morsure adulte doit être privilégiée.

Les morsures s'estompent au fil des jours et disparaissent au bout d'un certain temps n'excédant pas 1 mois, d'où une perte d'informations sur la denture de l'agresseur. Il est donc important de photographier la ou les lésions très rapidement, de rechercher et d'effectuer un prélèvement de salive sur les lésions à l'aide d'un matériel adéquat et si possible, prendre une empreinte de/des lésions afin de garder le maximum d'information.

2. Lésions oculaires :

Hématome périorbitaire, hémorragie rétinienne, perte de la vision.

3. Lésions otiques :

Perforation du tympan, décollement du lobe de l'oreille.

4. Lésions nasales :

Lyse de la columelle, fracture de l'ensellure nasale.

5. Lésions viscérales :

Elles sont difficiles à détecter entraînant parfois une évolution lente et silencieuse. La plupart de temps elles sont la conséquence d'un violent coup de pied ou de poing dans la cavité abdominale.

6. Lésions osseuses :

Dans 50-80 % de cas les fractures sont sur les os longs alors que sur le crâne on les retrouve dans 15 %. Ces maltraitements peuvent causer une fracture de l'angle mandibulaire, une luxation de l'ATM ou une fracture des condyles.

7. Lésions cérébrales :

Elles sont fréquemment des hémorragies méningées et hématomes sous-duraux qui se traduisent cliniquement par convulsions, vomissements, léthargie ou coma. Elles sont typiques du syndrome du bébé secoué.

8. Lésions buccales :

8.1. Lésions dentaires :

On peut trouver des subluxations, luxations, intrusions, avulsions, fractures dentaires, nécroses. Une remarque spéciale est attribuée aux lésions dentaires dues à la négligence.

8.2. Lésions muqueuses :

Déchirement des freins labiaux par coups ou introduction forcée d'objets ou pétéchie palatines.

8.3. Lésions sur les lèvres.

8.4. Lésions sur la langue :

Morsures, brûlures, manifestation de maladies de transmission sexuelle.

8.5. Lésions infectieuses :

Ces manifestations de maladies de transmission sexuelle doivent être considérées immédiatement comme de la maltraitance.

9. Impact psychologique.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

Après la réception des sondages, 83 réponses ont été réceptionnées en France et 104 en Espagne dont seulement 75 en France et 90 en Espagne se sont avérées exploitables.

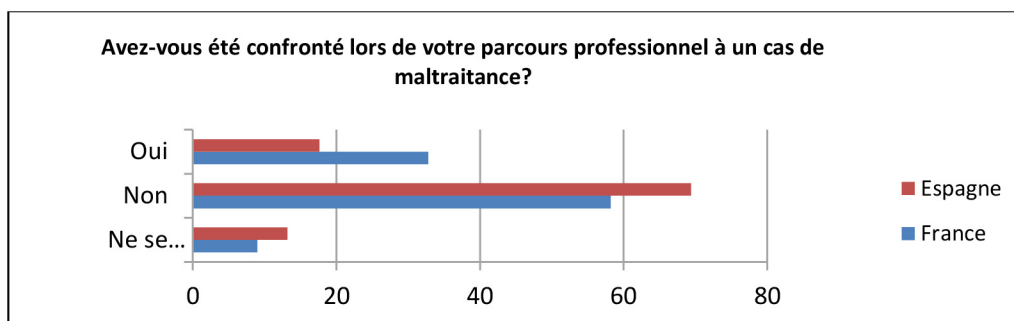
Lors de l'interprétation des données, l'analyse a porté sur plusieurs variables : se sentir capable de dépister la maltraitance infantile, les formations suivies par les praticiens capables de dépister la maltraitance, les cas de confrontation face aux cas de suspicion de sévices infantiles, le souhait d'amélioration des connaissances et les domaines spécifiques à améliorer, la recherche d'antécédents de violence lors de l'interrogatoire médical, la recherche de lésions lors de l'examen clinique et l'attitude la plus adéquate du chirurgien-dentiste face à ces situations.

Le fait le plus surprenant après cette analyse est la faible connaissance sur le domaine de la maltraitance ainsi que les formations à ce sujet proposées aux chirurgiens- dentistes.

On constate que les chirurgiens-dentistes français et espagnols ne se sont pas fréquemment trouvés face à des situations des sévices infantiles dans leurs cabinets. Par contre, on remarque une différence notable entre ces deux pays voisins, 32,8 % en France face à 17,64 % en Espagne. De plus, le milieu d'exercice varie aussi : en France il existe une forte différence entre les maltraitements décelés en milieu rural (26,47 %) et en milieu urbain (8,47 %). En Espagne cette différence est relativement faible mais inversée, 18,1 % en milieu urbain contre 16,6 % en milieu rural.

L'âge de la victime dans les deux pays présente une grande similitude. Il est constaté une fréquence plus marquée entre les enfants de 3-9 ans et une absence complète de suspicion pour les enfants de plus de 16 ans. Par contre, en Espagne les sévices aux enfants handicapés sont malheureusement plus fréquents qu'en France (8 % face à 3,2 %). Les professionnels les plus concernés dans les deux pays ont entre 30 et 39 ans.



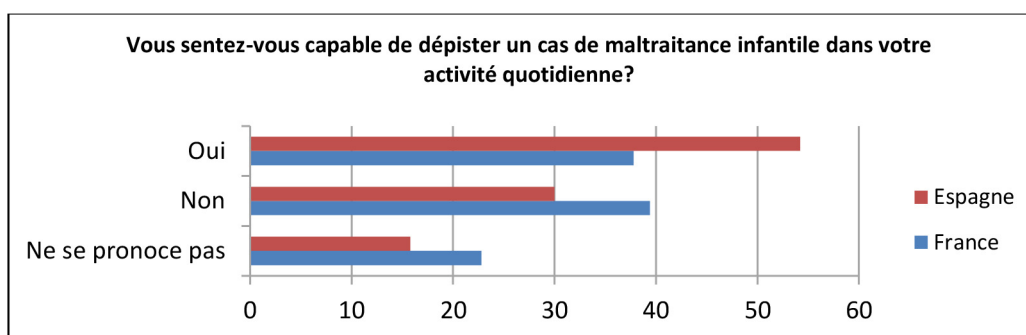
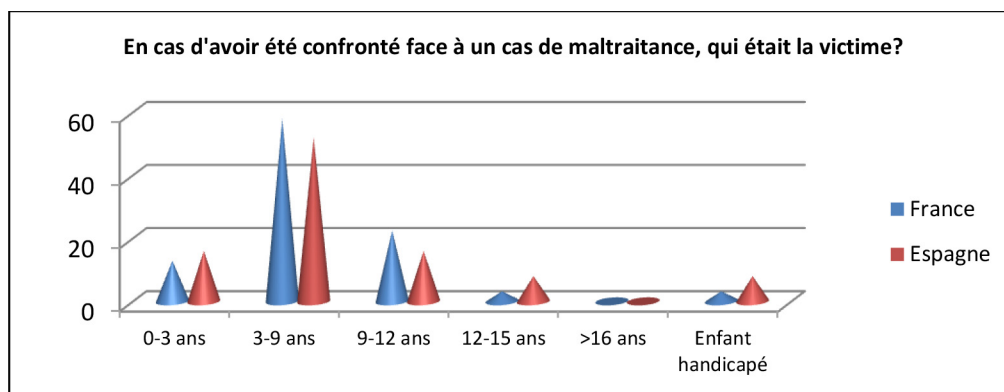


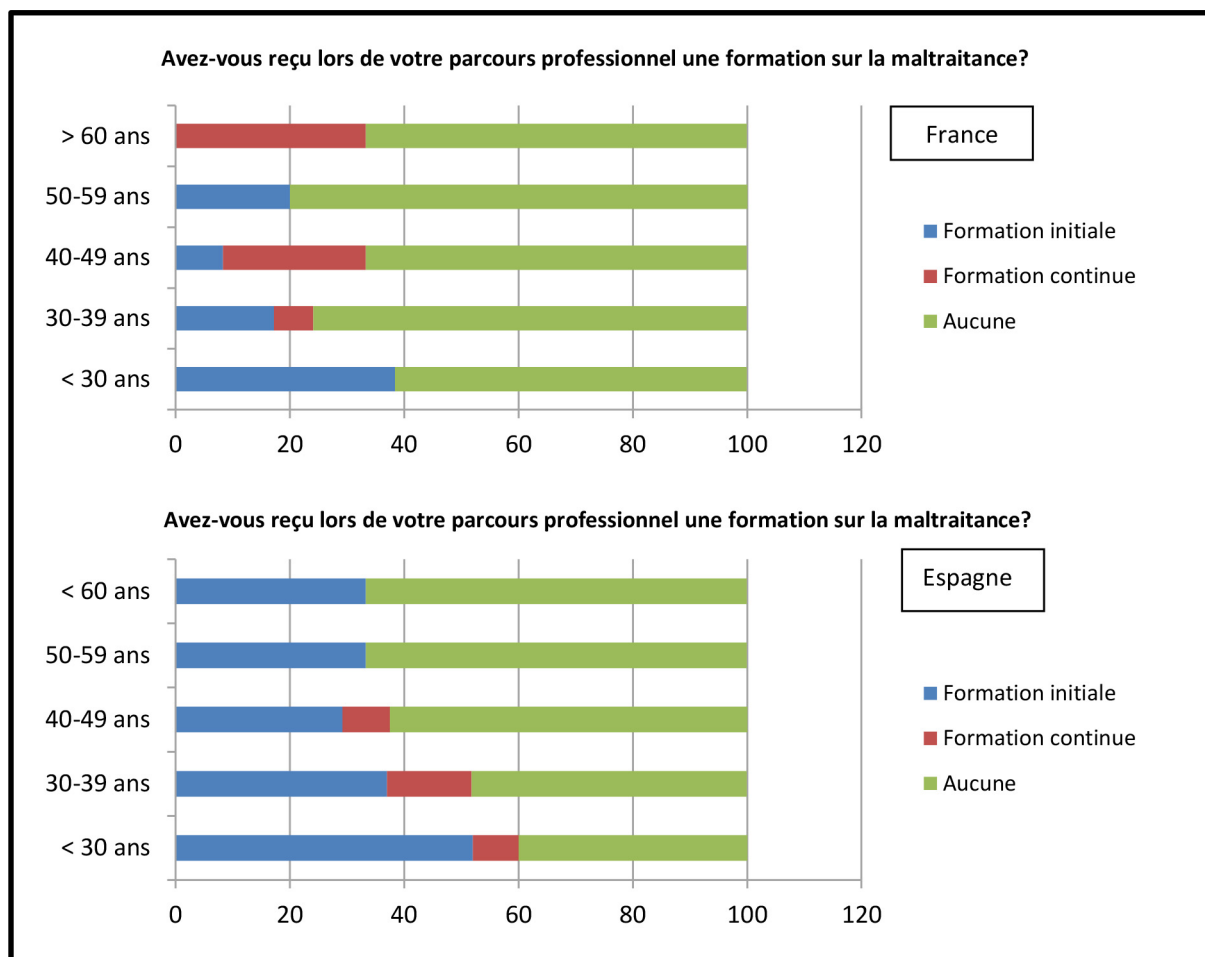
Étonnement, les chirurgiens-dentistes se sentant capables de déceler des cas de maltraitance infantile sont plus fréquents en Espagne, (54,2 % contre 37,8 % en France) même s'ils ont été moins exposés à cette situation. Cela s'explique par la formation suivie par 60,5 % des répondants espagnols en matière de dépistage de maltraitance infantile alors qu'en France le fait d'avoir suivi ou non une formation sur le sujet ne semble pas être un critère décisionnel important. En revanche, procédant à une étude de la littérature on constate que de nombreuses études internationales affirment qu'un chirurgien-dentiste ayant suivi une formation adéquate peut dépister jusqu'à cinq fois plus facilement des cas de maltraitements infantile dans son cabinet.

Quant à la question posée sur la fréquence et l'impact des formations pour les dentistes concernant la maltraitance, on constate un déséquilibre important en France : seulement 28,7 % des répondants ont reçu une formation à ce sujet. 72,12 % ont reçu cette formation

lors des études universitaires et 27,88 % ont suivi une formation continue. En revanche, en Espagne la situation est très équilibrée : 49 % des répondants ont eu accès à une formation. Cette formation a été reçue lors des études universitaires pour 79,6 % et lors d'une formation continue pour 20,4 %. Il est très important de connaître l'âge des professionnels ayant suivi ces formations afin d'établir un cadre réel décomposé.

Les résultats de cette étude montrent une absence de connaissances indispensables dans le futur professionnel du chirurgien-dentiste. En revanche, on peut en déduire un changement dans le plan d'études universitaires car dans les deux pays il existe une augmentation, même si elle est très discrète, des personnes ayant suivi une formation sur la maltraitance lors de leurs études initiales. On constate également un très faible pourcentage de praticiens recherchant ce genre de formation continue en Espagne par rapport à la France.





De plus, presque la totalité de répondants (80,3 % en France et 92,9 % en Espagne) considère qu'ils ne sont pas assez formés et ils souhaitent plus de formations à ce sujet. Grace aux réponses obtenues, on peut en déduire que les praticiens espagnols et français ont les mêmes inquiétudes. En fait, les deux praticiens frontaliers peuvent gérer les lésions et leurs traitements plus ou moins efficacement dans leur exercice professionnel. Cependant, il est observé un manque de connaissances avérées pour l'ensemble des chirurgiens-dentistes quant à l'approche psychologique des victimes ainsi que les règles fondamentales des procédures judiciaires et administratives en matière de maltraitance. Cela implique que le signalement des cas avérés peut ne pas se produire ou ne pas se réaliser dans de bonnes conditions en laissant le mineur démuné. Pour cette raison, il est mis en évidence l'importance de créer une formation spécifique et de la prodiguer à tous les chirurgiens-dentistes afin d'améliorer leurs compétences en la matière.

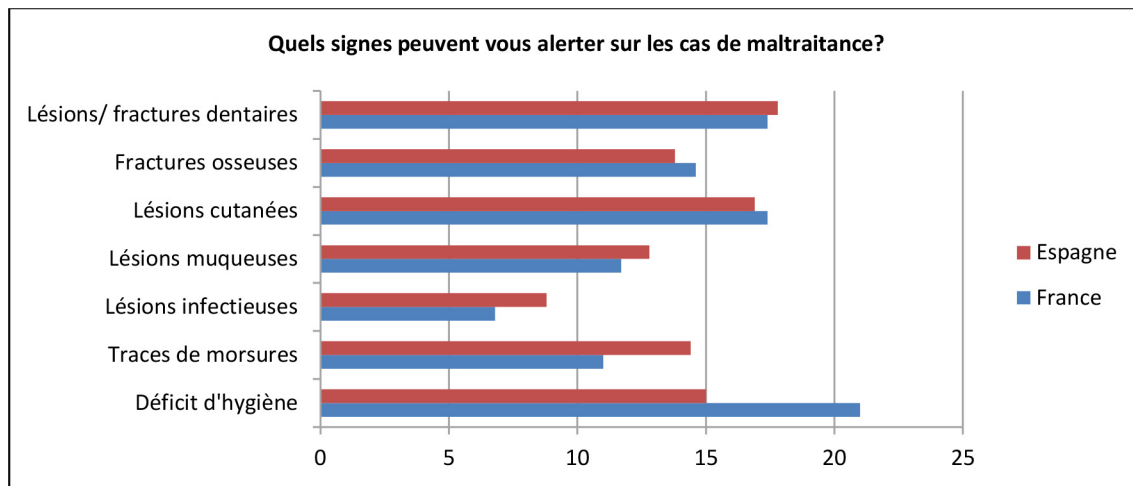
Bien que la plupart considère avoir un rôle important dans la prévention du dépistage de la maltraitance, seulement 5,7 % des chirurgiens-dentistes français et 9,5 % espagnols interrogés cherche des indices de violences lors de l'interrogatoire médical.

Lors de l'examen clinique, on constate une similitude dans les éléments à rechercher afin de diagnostiquer à l'exception d'une nette différence, le déficit d'hygiène. En fait, 21 % des dentistes français interrogés interprète cela comme un signe d'alerte contrairement à seulement 15 % des dentistes espagnols ayant participé à ce sondage. Il en est déduit que les consultations dentaires se déroulent convenablement comme n'importe quelle consultation habituelle. En cas de constatation de maltraitance, le chirurgien-dentiste manque de connaissances sur la procédure. C'est pour cela que la question suivante a été posée :

Il est constaté une disparité d'opinions face à la conduite à tenir par les praticiens. Bien que les réponses soient très similaires dans les deux pays, il existe quand même certaines différences intéressantes :

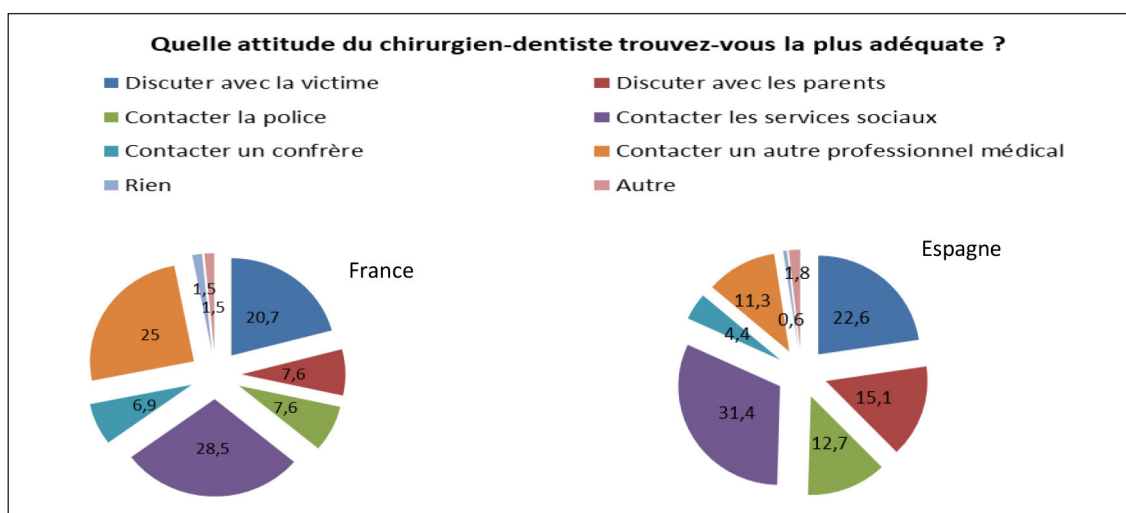
- L'option de parler avec les parents ou tuteurs légaux du mineur n'est envisagée en France que par 7,6 % des cas contre 15,10 % en Espagne.
- Contacter un autre confrère ou un autre professionnel médical est envisagé en France par 6,9 % et 25 % respectivement. En revanche, en Espagne cela n'est envisagé que par 4,4 % et 11,3 % respectivement.
- En Espagne, 12,7 % considère que contacter la police est une des meilleures solutions contrairement





à la France, où cette possibilité est envisagée seulement pour 7,6 % des personnes enquêtées.

– L'inaction face aux sévices infantiles au cabinet dentaire en Espagne représente 0,6 %.



– En France ce pourcentage est légèrement plus élevé, 1,5 %.

D'après ces résultats, seulement une faible partie des répondants ferait la bonne démarche même si l'attitude de leur choix est de bonne foi. La méconnaissance ou la peur d'erreur sont les causes les plus fréquentes d'inaction des chirurgiens-dentistes face aux sévices infantiles même si en France 6,15 % considère que cela n'est pas de leur domaine contre seulement 2,9 % en Espagne.

Rôle du chirurgien-dentiste

Comme déjà mentionné ci-dessus, le rôle du chirurgien-dentiste au cabinet dentaire est très important mais méconnu dans sa totalité. À peine 10 % des dentistes signalent des cas de suspicion de maltraitance. En revanche, en 1981 l'ADA (American Dental Association) a établi comme objectif l'introduction des maltraitances et négligences dans l'éducation et l'exercice dentaires, l'identification des aspects dentaires

spécifiques de la maltraitance, l'établissement des protocoles d'action pour les chirurgiens-dentistes et l'intégration des chirurgiens-dentistes dans les équipes interdisciplinaires de prise en charge de la victime de maltraitance.

Dans le cas de suspicion, il est d'une importance majeure s'entretenir avec l'enfant et avec les parents ou représentants légaux. Lors de l'entretien avec l'enfant les questions doivent être ouvertes pour laisser l'enfant raconter les faits. En cas d'incohérence du récit ou si le dentiste perçoit des mensonges pour protéger un tiers, il est très important de mettre en confiance le mineur en lui offrant son aide afin de le faire parler. Ensuite, lors de l'entretien avec les parents, le chirurgien-dentiste doit leur signaler la situation de danger en restant neutre, sans jugements. Malgré toutes les contradictions et négations de la victime, il n'est pas rare de recueillir des aveux partiels ou complets dans le cabinet dentaire. Le déroulement est alors :



l'enregistrement photographique et/ou radiographique des lésions, le certificat médical initial, le traitement des lésions médicales et dentaires (adresser si besoin à son médecin ou à l'hôpital en cas d'urgence) et le signalement. Lors de la consultation, une attention particulière est demandée à l'importance de l'anamnèse (cohérence entre le récit et les lésions présentes) et à l'enregistrement des lésions (photographier et décrire toutes les lésions visibles sur les parties exposées, prélever la salive à l'aide d'un kit pour rechercher l'ADN du mordeur et si possible prendre des empreintes des traces de morsures).

Le signalement en France varie en fonction de l'accord avec les parents/représentants légaux. En cas d'accord après l'entretien, on réalise le signalement par voie administrative auprès du Président du Conseil Général (Service Social de l'Enfance). Après l'étude du cas, ce dernier met en place le service d'aide social à l'enfant, le service de protection maternelle et infantile ou le service social polyvalent afin de remédier à la situation avec les meilleurs moyens. Le cas échéant, sans l'accord des parents ou en cas d'urgence, le signalement se fait par voie judiciaire auprès du Procureur de la République en mettant en place une collaboration entre les services de Police, du Parquet et du Siège.

Il existe aussi des associations comme le SNATEM (Service National d'Aide Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée) ou le CAUVA (Cellule d'Accueil d'Urgences des Victimes d'Aggressions) pour obtenir des renseignements. Le signalement doit se faire impérativement par courrier recommandé mais en cas d'urgence il peut se faire verbalement dans un premier temps suivi du signalement par écrit.

Il est observé chez les chirurgiens-dentistes, une retenue à signaler les cas de maltraitance à cause du secret professionnel. L'article 226-14 du Code Pénal autorise la levée du secret professionnel afin d'alerter sur les sévices.

CONCLUSION

La maltraitance infantile est malheureusement présente en France et demeure un sujet tabou et méconnu pour certains professionnels comme le chirurgien-dentiste. En revanche, ce dernier se trouve en première ligne d'action car la plupart de parents qui abusent de leurs enfants changent souvent de médecin généraliste mais ne prennent pas les mêmes précautions avec le chirurgien-dentiste.

D'après différentes études, 50-65 % des lésions dues à la maltraitance se trouvent au niveau de la tête, de la face et du cou. C'est pour cette raison que le dentiste doit faire attention, lors de l'interrogatoire médical, à

la cohérence du récit avec les lésions présentes lors de l'examen clinique pour mettre en évidence des fractures dentaires et osseuses, hématomes, morsures, alopecies, manifestations buccales de maladies de transmission sexuelle... Ces observations et l'attitude du mineur lors de la consultation peuvent faire évoquer des soupçons chez le dentiste. Il est important de bien noter toutes les informations entendues, vues et enregistrées à l'aide de photographies, radiographies et empreintes dans le dossier médical. Ne pas oublier également de remplir dûment le certificat médical initial afin de procéder au signalement. En cas de doute, il faut toujours alerter les autorités compétentes. Il est préférable d'alerter et commettre une erreur que de ne rien faire et condamner le mineur aux récurrences de la situation.

Il est observé, grâce au sondage, que les chirurgiens-dentistes en exercice ont été déjà confrontés à ces situations et, en général, se sentent capables de dépister les sévices aux enfants dans leurs cabinets. Par contre, la méconnaissance sur la conduite à adopter et les protocoles est trop importante. En conséquence, il est temps de trouver une stratégie pour mieux faire prendre conscience aux chirurgiens-dentistes des enjeux d'une formation à ce sujet dans : le déroulement de la consultation dentaire, les signes et les lésions signant une maltraitance, la prise en charge de ces lésions et surtout la procédure de signalement aux autorités ainsi que le comportement envers la victime, de ses parents ou représentants légaux. Les praticiens, conscients de l'impact de ces mesures, en sont demandeurs. Des protocoles standardisés à la portée de tous les professionnels de santé devraient être établis. ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Bordoni, Escobar Rojas, Castillo Mercado. Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Panamericana; 2010.
- [2] Thompson SL, Sanders BJ, Hibbard RA. Child abuse. McDonald and Avery. Dentistry for the child and adolescent. *Mosby*; 2015. p. 110-119.
- [3] Martagon Cabrera LR, Belmont Laguna F, De la Teja Angeles E, Tellez Rodriguez, J. Battered child syndrome with stomatological repercussions. Case report. *Revista Odontológica Mexicana*. 2016 April-June 20(2).
- [4] Stavrianos C, Kokkas A, Eliades A, Andreoupoulos E. Applications of forensic dentistry: part II. *Research Journal of Medical Sciences*. 2010 4(3) :187-194.
- [5] Boj Quesada, J. R.; García Ballesta, C.; de la Iglesia Perelló, F.; Rubert Adelantado, A.: Aspectos legales en casos de malos tratos en odontopediatria: Presentación de un caso clínico. *Avances en Odontostomatología* 1995; 11: 17-22.
- [6] Michel, E. Rôle de l'expert odontologiste en identification médico-légale: l'affaire de l'enfant de Sartrouville. (Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en



- chirurgie dentaire). Académie de Nancy-Metz. Faculté d'odontologie. 2018.
- [7] Stravrianos. C, Louloudiadis. K, Papadopoulus. C, Konosidou. N, Samara. E, Tatsis. D. Challenging dentist's role : indentifying and reporting domestic violence. *Research Journal of Medical Sciences*. 2011. 5 (1) :32-37.
- [8] Drigeard. C. Détection et prise en charge des maltraitements: enquête auprès des chirurgiens-dentistes du Puy-de-Dôme. (Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire). Université d'Auvergne Clermont Ferrand I. 2008
- [9] Maltraitance chez l'enfant: repérage et conduite à tenir. Haute Autorité de Santé. Octobre 2004.
- [10] Guía de actuación sanitaria para la atención al maltrato infantil. Actualización y adaptación informática 2017. Gobierno del Principado de Asturias. España. Consejería de Sanidad.
- [11] Rondón Neorlay. D, Guerra M. H, Zamudio Y. C, Orozco. G. Identificación de los indicadores del maltrato infantil a través de la revisión bibliográfica. *Odous Científica* Enero-Junio 2018 19 (1).
- [12] Doria AM, Navarro MI, La odontología en el diagnóstico del maltrato infantil. *Univ Odontol*. 2016 Ene-Jun; 35(74).
- [13] Labbé. J, MD, FRCPC. La détection de la maltraitance par des intervenants dentaires.
- [14] Stravrianos. C, Zouloumis. L, Samara. E, Tatsis. D, Eliades. A. The role of dentist in the disinguish of child abuse: a case report. *Research Journal of Medical Sciences* 2010 4 (4): 285-287.
- [15] Maltrato Infantil en la familia en España. Informes, estudios e investigación. 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social et Igualdad.
- [16] Karl Kamman. W. Maltraitance infantile: Son importance en médecine dentaire. *Rev. Mens Suisse Odontomatologique* 2018 April(118).
- [17] Sallaberry, S. Maltraitance infantile et odontologie: de l'étude épidémiologique à la conception d'une plaquette d'information. (Thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en chirurgie dentaire). Université Bordeaux II. UFR Odontologie. 2014.
- [18] Desarnauts, S. Maltraitance infantile : signes cliniques devant alerter l'odontologiste. (Thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en chirurgie dentaire). Université Paris Descartes. 2018.
- [19] Pou i Fernandez. J. Maltrato infantil. Actuación en urgencias. Hospital San Joan de Déu. Barcelona.
- [20] El papel del ámbito sanitario en la detección y abordaje de situaciones de desprotección o maltrato infantil. Generalitat valenciana. Conselleria de Sanitat. 2004.
- [21] Peritiwi. A, Sasmitha. I. Oral and dental aspects of child abuse. *Dental Journal* 2006 : 39(2) 68-71.
- [22] Soulard. V. Rôle du chirurgien-dentiste dans le dépistage de la maltraitance infantile chez l'enfant. (Thèse pour l'obtention du diplôme de chirurgie dentaire). Université de Nantes. UFR Odontologie. 2008.
- [23] <https://gacetadental.com/2009/05/maltrato-infantil-la-importancia-de-su-diagnostico-en-odontologia-30982/>
- [24] <http://www.mydental4kids.com/index.php/odontologos/28-articulos/33-maltrato-infantil>
- [25] <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/relation-patients/signalement-des-maltraitements.html>
- [26] <https://www.humanium.org/fr/texte-integral-convention-internationale-relative-droits-enfant-1989/>
- [27] <https://www.onpe.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance>
- [28] http://www.justice.gouv.fr/art_pix/stat_Chiffres%20Cl%E9s%202017.pdf
- [29] https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir
- [30] https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA00000618_1756&cidTexte=LEGITEXT000006070719
- [31] https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA00000616_5378&cidTexte=LEGITEXT000006070719
- [32] https://www.who.int/topics/child_abuse/fr/ ww. myUNICEF. fr: mettre fin aux violences aux enfants.
- [33] [www. myUNICEF. fr](http://www.myUNICEF.fr): mettre fin aux violences aux enfants.
- [34] www.odas.fr