

Négligence, maltraitance Comment agir ?



**Frédérique
D'ARBONNEAU**

MCU-PH
Centre Hospitalier Universitaire de Brest
Unité INSERM 1078,
Faculté de Médecine Brest



**Hervé
FORAY**

MCU-PH
Centre Hospitalier Universitaire de Brest
Unité INSERM 1078,
Faculté de Médecine Brest



**Ingrid
VANTILLARD**

Praticienne libérale
Paris



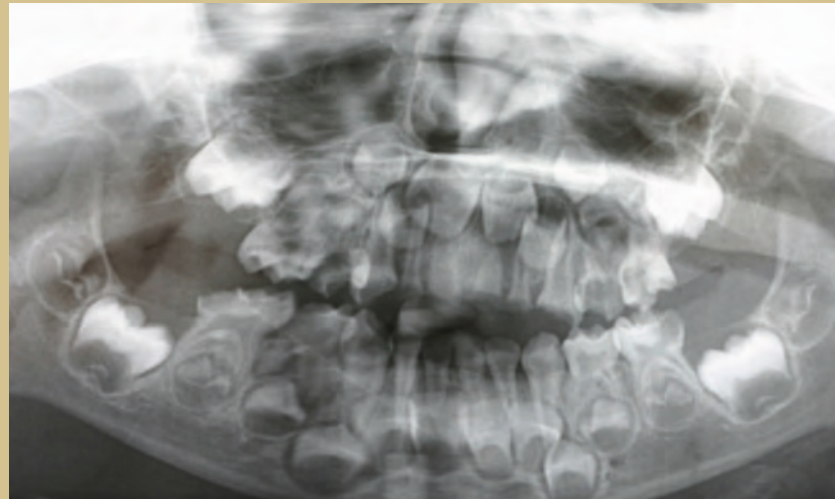
**Charlotte
GOUEDARD**

Praticien Hospitalier,
Centre Hospitalier Universitaire de Brest
UMR CNRS 6027, Brest

Le chirurgien-dentiste a un rôle prépondérant dans la détection de soins et de négligences dentaires. Devant les tableaux cliniques d'enfants atteints de carie précoce de la petite enfance, polycariés, le praticien doit être amené à se poser la question : où finit l'ignorance, où doit commencer notre aide, et où commence la négligence ? S'agit-il d'une forme de maltraitance ? Comment agir ?



1. Salomé, 4 ans.



2. Radiographie panoramique.

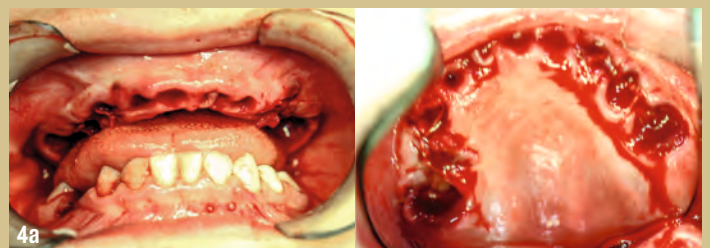
CAS CLINIQUE

SALOMÉ - 4 ANS

- ▶ Salomé (fig. 1) se présente avec sa maman à la consultation d'urgence pour des douleurs dentaires. Lors de l'interrogatoire, nous apprenons que la petite fille dort toutes les nuits, depuis plus de 3 ans avec un biberon (350 ml) de lait avec du sirop de grenadine. Cependant, cette alimentation nocturne semble être arrêtée depuis quelques mois à la demande du médecin qui suit Salomé. Ce praticien avait constaté de multiples caries et des foyers infectieux qui l'avaient alerté et avait demandé aux parents de consulter rapidement un chirurgien-dentiste.
- ▶ Lors des examens clinique et radiographique, nous constatons que Salomé souffre de caries précoces de la petite enfance (CPE). Pendant la consultation, nous expliquons à la maman l'importance d'une bonne hygiène alimentaire (arrêt du biberon nocturne, du grignotage...) et bucco-dentaire ainsi que de la nécessité de soins dentaires pour sa fille.
- ▶ Vu le jeune âge de cette dernière et le nombre de dents atteintes (fig. 2 et 3), nous proposons aux parents de réaliser les soins sous anesthésie générale. La maman valide cette thérapeutique. Un rendez-vous chez l'anesthésiste et une date pour l'intervention sont programmés.
- ▶ Cependant, le jour de l'intervention, la maman ne se présente pas avec son enfant. Nous avons essayé de la joindre. Nos appels et nos messages restent sans réponses. Nous prenons alors contact avec le médecin. Le praticien nous fait part de son inquiétude pour Salomé. Selon ses dires, cet enfant n'est pas lavé régulièrement (ongles noirs, non coupés, mycoses, poux, etc.) et présente un retard staturo-pondéral. À la suite de ces déclarations, et en accord avec le médecin, nous avons contacté et déposé une information préoccupante auprès de la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP). Le service d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) a pris contact avec les parents de Salomé. Quatre mois plus tard, nous avons revu Salomé et ses parents accompagnés d'une assistante sociale. Une nouvelle intervention a donc été programmée, et les soins ont été réalisés sous anesthésie générale. Malheureusement, la prise en charge tardive et la sévérité des caries ont nécessité l'extraction de l'ensemble des dents maxillaires (fig. 4) et la réalisation de pulpotomies de molaires mandibulaires.



3. Vue intra-orale.



4a. Extractions multiples lors de l'intervention.

b. Après cicatrisation.



5. Réalisation de la prothèse totale de Salomé.



6. Salomé portant sa prothèse.

Après cicatrisation, une prothèse totale maxillaire a été réalisée (fig. 5).

► Grâce à l'arrêt du biberon nocturne, aux soins dentaires prodigués et à la réhabilitation prothétique (fig. 6), Salomé mange normalement, sans douleur, et a rattrapé son retard staturo-pondéral. Aucune nouvelle carie n'a été diagnostiquée depuis l'intervention. Le suivi médical est régulier. Les parents sont toujours accompagnés socialement.

La carie précoce de l'enfance (CPE) représente une forme spécifique et virulente des caries des dents temporaires chez les nourrissons et les enfants d'âge préscolaire [1]. Les lésions ont une localisation caractéristique au niveau des incisives maxillaires au milieu des faces palatines ou près des collets, en vestibulaire. Si les conditions cariogènes persistent (allaitement à la demande après l'éruption des premières dents, biberon nocturne contenant autre chose que de l'eau, etc.), le processus de déminéralisation progresse rapidement tout en suivant la séquence d'éruption des dents temporaires. Les incisives mandibulaires restent le plus souvent indemnes. L'intégrité de ces dents s'explique par la position de la langue durant la succion, qui se trouve partiellement extériorisée, débordant sur les lèvres et protégeant en le recouvrant le bloc incisivo-canin mandibulaire.

La CPE peut avoir de graves conséquences, immédiates et à plus ou moins long terme, tant locales que générales : douleurs, altération de la mastication, phonation esthétique, etc. [2]. La carie est la maladie la plus courante chez l'enfant et, bien qu'elle ait un caractère évitable en appliquant des mesures simples, sa proportion dans la population reste élevée et semble même augmenter.

La CPE affecte les dents temporaires, dents, qui sont vouées à disparaître pour laisser place à la denture définitive. Et là réside le problème. Les caries des dents temporaires sont encore trop souvent banalisées par l'entourage de l'enfant, qui méconnaît toute l'importance de préserver son intégrité et donc celle des futures dents définitives. Une mauvaise santé bucco-dentaire dès la petite enfance est pourtant lourde de conséquences : elle marque l'enfant psychologiquement et peut affecter sa santé générale !

On peut définir la négligence comme l'omission de répondre aux besoins essentiels d'un enfant sur les plans physique, affectif ou éducationnel, omission qui entraîne des dangers ou dommages (actuels ou potentiels) au niveau de la sécurité ou du développement de l'enfant. Plus spécifiquement, la négligence dentaire est le manquement du parent à faire soigner des caries, des infections orales ou des douleurs, ou le manquement du parent à poursuivre des soins lorsqu'il a été informé de leur nécessité.

En tant que praticien face à des caries dentaires sévères, des caries précoces bien visibles ou d'infections, il faut s'assurer que les parents n'ont pas agi pour donner les soins nécessaires à l'enfant en toute connaissance de cause avant de conclure à de la négligence. Dans ces cas, il est fréquent de constater d'autres signes de négligence.

Le chirurgien-dentiste à un rôle prépondérant dans la détection de négligences dentaires. Devant les tableaux cliniques d'enfants atteints de carie précoce de la petite enfance, polycariés, il doit être amené à se poser la question : où finit l'ignorance, où doit commencer notre aide, et où commence la négligence ? S'agit-il d'une forme de maltraitance ? Comment agir ?

Définitions

Avec le temps, les définitions ont évolué, précisant, tout en élargissant, leurs propres limites.

En 2002, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la maltraitance comme « toute forme de mauvais traitements physiques et/ou psychoaffectifs, de sévices sexuels, de négligences, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel sur la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir » [3]. La maltraitance a des répercussions notables sur le développement physique et psychologique de l'enfant qui la subit.

Pour l'Observatoire de l'action sociale décentralisée (ODAS) [4] :

- l'enfant maltraité est un enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, d'actes de cruauté mentale, de négligences ayant des conséquences sur son développement physique et psychologique ;

- l'enfant en risque est un mineur qui connaît des conditions d'existence risquant de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité (article 375 du Code civil) [5]. Cette définition a été complétée par la loi du 5 mars 2007, réformant la protection de l'enfance, qui remplace le mot « maltraité » par le mot « en danger » : les « enfants en danger » correspondent à l'ensemble des enfants en risque et des enfants maltraités.

La notion de danger, de risque de danger, et de maltraitance, n'est pas toujours facile à identifier. Elle n'est pas toujours objectivable par un seul fait ou des observations isolées, mais se traduit par la concomitance de plusieurs faits ou par leur répétition pouvant caractériser un risque, un danger, une maltraitance. D'où l'importance de partager avec d'autres professionnels les informations et les observations pour les croiser, et de les analyser pour caractériser le risque.

Les différentes formes de maltraitance

Les situations de maltraitance chez l'enfant recouvrent les violences physiques, psychologiques et sexuelles, mais également les négligences. Contrairement aux trois premières dites par commission ; les dernières sont des situations commises par omission [3].

MALTRAITANCE PAR COMMISSION

Maltraitance physique

Elle définit toute forme d'atteinte au corps de l'enfant. Les coups, les brûlures, le secouement, mais aussi des aspects plus subtils comme forcer un enfant à porter des chaussures trop petites, l'obliger à rester debout des heures pour le punir, l'enfermer et lui interdire toute activité, toute relation sociale (aspects psychologiques mais aussi physiques) [6].

Plus de 50 % des victimes d'abus physiques ont des lésions localisées à la tête, au visage et à la région orale [7]. Ce simple chiffre permet de saisir le rôle clé du chirurgien-dentiste dans la détection de la maltraitance. Elle peut se repérer par des ecchymoses, des hématomes, des plaies, des morsures, des brûlures, fractures (mandibulaire, os zygomatique...), des signes bucco-dentaires (fractures dentaires et/ou alvéolo-dentaires...) [8-9]. Cependant, ces lésions peuvent être consécutives à des sévices ou être d'origine accidentelle, voire liées à une pathologie : établir un diagnostic différentiel est donc capital [9].

L'enfant violenté peut présenter des troubles du comportement. Ainsi, toute modification d'attitude habituelle de celui-ci n'ayant pas d'explication concrète doit attirer l'attention. L'enfant maltraité n'a plus le même rapport avec le contact physique. Il peut être méfiant, se montrer craintif, replié sur lui-même, ou au contraire être agressif. La peur, ou l'inquiétude de rentrer à son domicile avec ses parents doit aussi alerter le praticien.

Maltraitance psychologique

Elle est constituée par l'ensemble des conduites exerçant sur le psychisme de l'enfant une pression ou une influence nocive qu'il n'est pas en mesure de supporter : menaces verbales répétées, humiliation, dévalorisation, carences affective ou éducative... La maltraitance psychologique est le plus souvent associée aux autres formes de maltraitance. Malgré la grande fréquence de ce type de maltraitance, il est très difficile en pratique de la détecter puisque ses manifestations ne sont pas visibles comme des marques d'abus physiques et elles ne sont pas spécifiques. Les enfants qui subissent ce genre de maltraitance peuvent présenter un retard de développement, des troubles d'apprentissage scolaire, un déficit d'attention, des troubles de comportement ou des problèmes d'adaptation sociale [6].

Maltraitance sexuelle

Elle ne se limite pas au viol, mais concerne tous les actes à connotation sexuelle imposés aux enfants (article 222-22 et 23 du Code de procédure pénale) [10]. L'agression sexuelle désigne toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. Le viol en fait partie, et se caractérise par un acte de pénétration sexuelle (vaginale, anale ou buccale). Depuis la loi du 3 août 2018 relative aux violences sexuelles et sexistes, le Code pénal précise que la contrainte peut résulter de la différence d'âge entre l'auteur et sa victime, ou de l'autorité que l'auteur exerce sur la victime.

Les mutilations sexuelles, la prostitution de mineurs, la pédopornographie et la corruption de mineurs (c'est-à-dire le fait de le rendre témoin d'actes ou d'images à caractère sexuel) entrent également dans le champ des violences sexuelles.

La maltraitance sexuelle peut se manifester par des problèmes de comportement, des difficultés scolaires. L'enfant peut avoir des connaissances ou des comportements sexuels inappropriés pour son âge et son niveau de développement. Occasionnellement, une victime d'abus sexuel a sur la peau

des marques ou des morsures. Les signes physiques de sexe oral sont rares. Il arrive de constater des pétéchies à la jonction du palais dur et du palais mou, à la suite d'une fellation forcée. Très rarement, un enfant peut développer des signes oraux d'une infection transmise sexuellement, comme des condylomes aux lèvres.

MALTRAITANCE PAR OMISSION

Les négligences sont le fait, pour la personne responsable de l'enfant (parents, grands-parents, tuteurs...), de ne pas subvenir aux besoins indispensables à son bon développement et à son bien-être. La négligence est ainsi une forme de maltraitance par omission, à savoir l'absence de mobilisation de l'adulte dont dépendent le présent et l'avenir de l'enfant. C'est la défaillance à subvenir aux besoins de l'enfant, qu'il s'agisse d'un besoin physique (alimentation, hygiène, domicile, vêtements, sommeil), émotionnel, de sécurité, d'éducation et/ou de soins médicaux.

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 [11].

La négligence peut ne pas être intentionnelle, mais elle met en danger l'enfant : c'est à ce titre qu'elle entre dans le champ de la maltraitance et doit être signalée. Ainsi, parfois, les adultes n'ont pas toujours conscience qu'ils négligent leur enfant. Il faut y penser face à des caries dentaires importantes, des caries précoces de l'enfance ou d'infections. Il faut s'assurer que les parents n'ont pas agi pour donner les soins nécessaires à l'enfant en toute connaissance de cause avant de conclure à de la négligence. Dans ces cas, il est fréquent de constater d'autres signes de négligence : un aspect négligé, une mauvaise hygiène, un habillement mal adapté, un état de fatigue inexplicable, un retard du développement staturopondéral... L'aspect de l'enfant est parfois évocateur d'une carence de soins.

Les situations de négligences dentaires sont huit fois plus rencontrées chez les enfants maltraités que dans la population générale [11].

La définition des négligences dentaires a été adoptée par l'*American Academy of Pediatric Dentistry* en 1983 et consolidée par cette même instance en 2010 puis 2016 [12, 13] : la négligence est « le fait pour un parent ou gardien, malgré la présence d'une offre de soins adéquats, d'omettre volontairement de demander des soins et de suivre le traitement nécessaire pour assurer un niveau de santé bucco-dentaire essentiel à une fonction adéquate et à l'absence de douleur et d'infection. Avant de signaler un cas de violence aux services de protection de l'enfance, un dentiste doit déterminer si le parent ou gardien de l'enfant comprend les explications données et les conséquences du problème dentaire et si, malgré son accès aux ressources, cette personne omet de prendre les mesures nécessaires » [12-13].

Le fait de ne pas se conformer au programme de traitement recommandé, lorsqu'il y aura probablement des conséquences négatives pour la santé ou le développement de l'enfant, constitue également de la négligence.

Quelques chiffres

La maltraitance infantile est fréquente. Même si sa fréquence réelle est inconnue et certainement sous-estimée, le fait suivant est incontestable : d'après des estimations prudentes, 10 à 20 % des enfants jusqu'à leur 18^e anniversaire sont victimes d'une forme de maltraitance infantile, quelle qu'elle soit, dans les pays industrialisés.

En France, chaque année, environ 50 000 plaintes pour violences physiques sur enfant sont déposées et 20 000 pour agressions sexuelles.

Depuis le début des années 2000, on recense près de 190 000 mineurs victimes de maltraitements chaque année [14].

Plus de 85 % des maltraitements sur mineurs sont commises par les parents. En moyenne, 72 enfants meurent tous les ans de violences parentales, soit un enfant tous les cinq jours. Et plus de la moitié des victimes ont moins d'un an.

En 2019 : 355 000 mesures d'aides sociales ont été mises en place en France contre la maltraitance infantile.

En 2020, les signalements de maltraitance d'enfant durant le confinement ont augmenté de 35 % et les interventions policières à la suite de maltraitements infantiles de 45 %.

En plein confinement, alors que les hospitalisations d'enfants ont globalement chuté d'environ 30 %, la part relative des situations de violences physiques a, elle, connu une hausse de 50 %.

La maltraitance infantile est un problème de santé publique et social majeur.

Rôle du chirurgien-dentiste - Comment agir ?

Le chirurgien-dentiste n'a pas pour fonction de prendre en charge la maltraitance infantile, mais il est de son devoir d'être à même de la dépister, de la signaler aux autorités compétentes [15]. Après avoir dépisté des lésions physiques ou psychologiques évocatrices de la maltraitance ou des négligences sévères et avoir reçu l'enfant puis les parents pour tenter d'évaluer la situation, le chirurgien-dentiste verra deux options s'offrir à lui (tableau 1).

LA VOIE ADMINISTRATIVE (tableau 2)

Le praticien transmet une information préoccupante (IP) auprès de la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP). Cette IP permet d'alerter le président du Conseil général sur la situation d'un mineur, pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité soit 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.

Cette transmission permet une évaluation de la situation de l'enfant et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier. Il faut essayer de privilégier cette voie tant que faire se peut. Cependant, si les informations recueillies, après examen, se révélèrent inquiétantes elles donneront lieu à un signalement à l'autorité judiciaire.

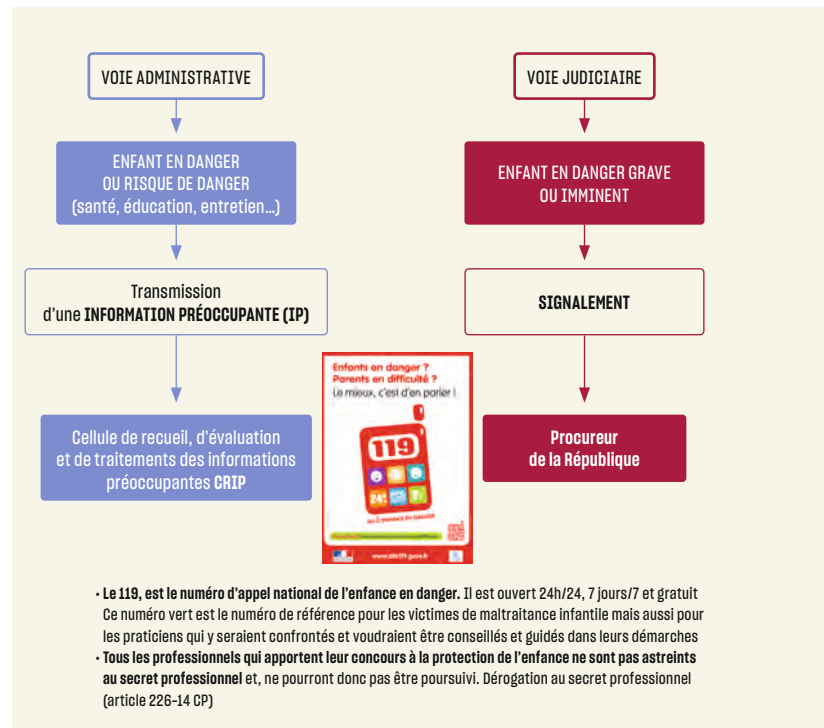


Tableau 1. Circuit de transmission d'un enfant en danger ou en risque de l'être.

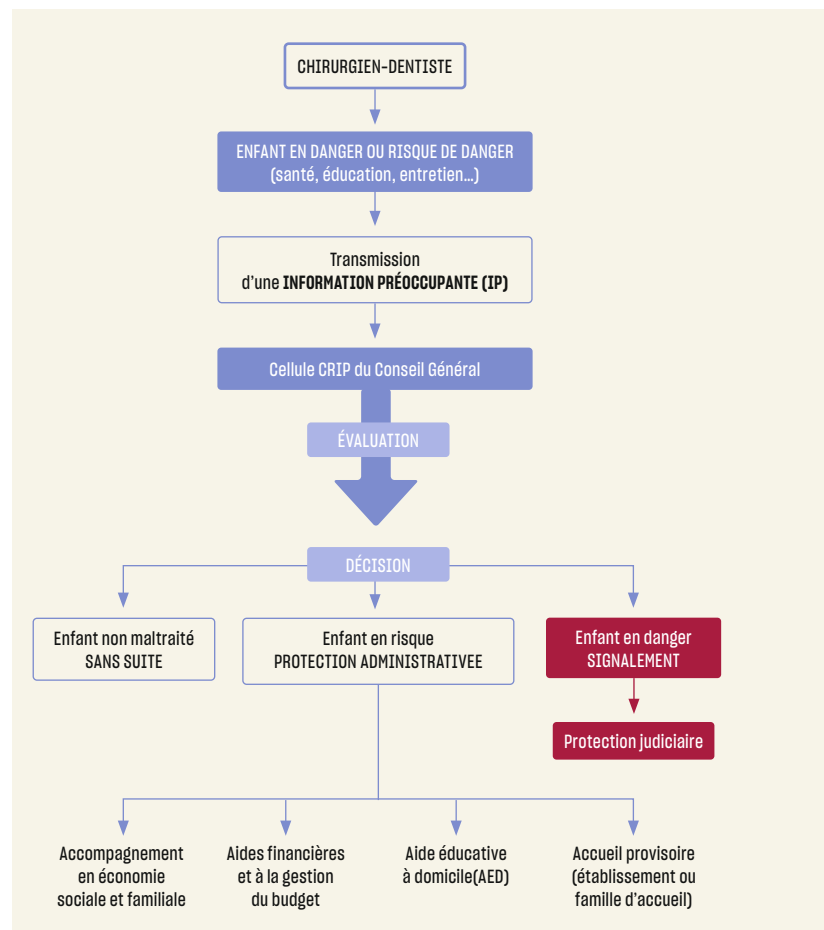


Tableau 2. Voie administrative.

LA VOIE JUDICIAIRE

S'il détecte un danger réel, actuel, certain et grave pour l'enfant, le praticien transmet un signalement (*tableau 3*). La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance réserve le terme de signalement à la transmission de faits graves au procureur de la République du Tribunal de Grande Instance du lieu des faits ou à son substitut chargé des mineurs [6]. Le signalement peut être oral (appel de la permanence pénale du Parquet du ressort), mais sera toujours complété par un signalement écrit [17]. Les magistrats peuvent prendre des décisions sans l'accord des parents.

Sauf intérêt contraire de l'enfant, les parents doivent être informés de ces démarches par le praticien qui les initie.

En cas de doutes, d'incertitudes, de questionnements sur la procédure à suivre ou sur la rédaction d'une information préoccupante ou d'un signalement, le chirurgien-dentiste ne doit pas hésiter à appeler le 119 (Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger - SNATED). Les écouteurs sont des professionnels de la protection de l'enfance, formés pour écouter, accompagner et agir 24h/24h et 7j/7.

Rappelons, qu'un chirurgien-dentiste a une obligation déontologique, mais aussi légale de signalement et qu'un texte de loi adopté en novembre 2015 pose le principe d'irresponsabilité civile, pénale et disciplinaire des professions de santé amenées à alerter la justice face à une situation de maltraitance. L'objectif est de protéger les professionnels de santé des poursuites, et encourager leur mission de protection des enfants en danger [7]. Ce texte précise qu'il existe des dérogations au secret médical (Art 226-13), notamment lors de constatation de sévices à enfants: selon l'article 226-14 du Code pénal [10]: « L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteinte ou de 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. »

Conclusion

Malgré la sensibilisation accrue du public et les inquiétudes suscitées par la maltraitance infantile et malgré l'existence de lois sur la déclaration obligatoire et du levé du secret médical, la sous-déclaration, y compris par les professionnels de santé, reste un problème. De nombreuses raisons sont invoquées: le manque de connaissances et de formations, la crainte de se tromper ou de représailles, la peur de nuire ou de séparer un enfant de ses parents... Or, ce n'est qu'en cas de situation de danger grave, de travail éducatif en échec total, que sera envisagée la question du placement! Le souci de repérer et de signaler les cas suspects ne vise pas à pénaliser les personnes qui s'occupent des enfants, mais plutôt à assurer la sécurité et la santé de ces derniers.

La négligence dentaire peut être l'un des premiers signes d'un enfant en danger. C'est peut-être l'arbre qui cache la forêt,

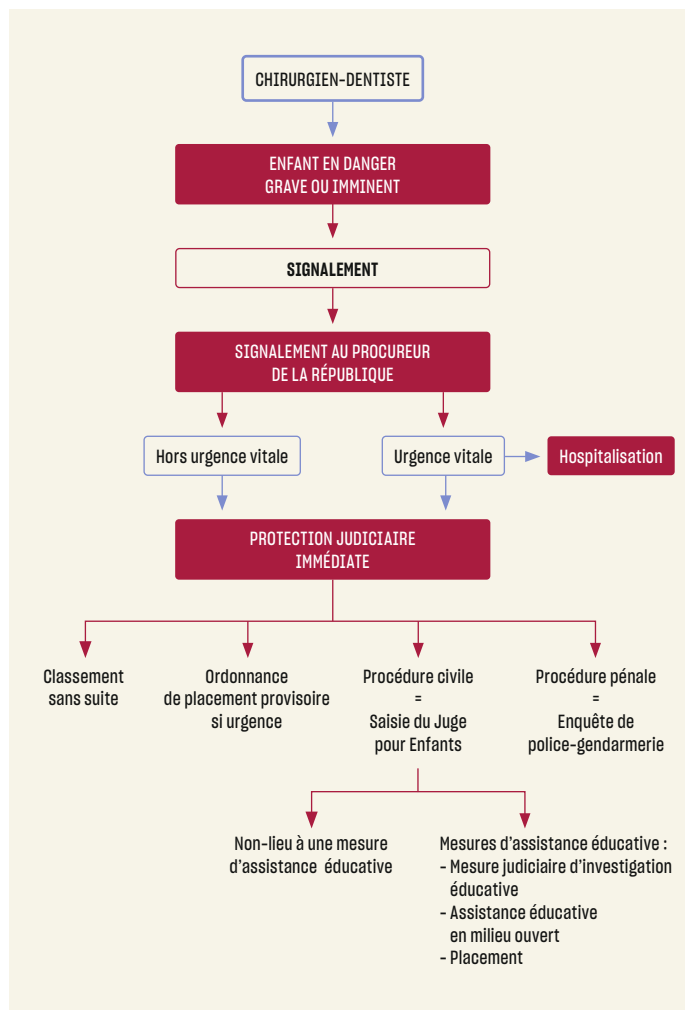


Tableau 3. Voie Judiciaire.

et que la situation familiale mérite d'être évaluée et recoupée avec les informations provenant d'autres institutions notamment [20]. La transmission d'une information préoccupante à la CRIP de son département permet une évaluation de la situation de l'enfant et la mise en œuvre d'un soutien psychosocial si nécessaire, en partenariat avec la famille, dans une véritable démarche d'accompagnement.

Le chirurgien-dentiste a un devoir légal et déontologique de protection de l'enfant en danger ou en risque de l'être et bénéficie de fait d'une dérogation au secret professionnel. Pour cela, il doit être apte, dans un premier temps, à reconnaître les signes de maltraitance, qu'elle soit physique, psychologique ou par négligence et dans un deuxième temps, il doit savoir comment signaler cette situation aux autorités compétentes. Il s'agit de protéger l'enfant dans son développement intellectuel, affectif et psychologique, et cet objectif de protection doit nécessairement primer sur les autres. Le chirurgien-dentiste ne doit donc pas être freiné à dénoncer un cas suspect par peur de nuire à l'enfant et à sa vie de famille. Au contraire, c'est en se taisant que la nuisance se produira.

POINTS ESSENTIELS

- Le chirurgien-dentiste a un devoir légal et déontologique de protection de l'enfant en danger ou en risque de l'être.
- Tous les professionnels qui apportent leur concours à la protection de l'enfance ne sont pas astreints au secret professionnel (article 226-14 CP).
- Le 119, est le numéro d'appel national de l'enfance en danger.
- Ce numéro vert est le numéro de référence pour les victimes de maltraitance infantile mais aussi pour les praticiens qui y seraient confrontés et voudraient être conseillés et guidés dans leurs démarches.

FREDERIQUE.DARBONNEAU-LOREAU@CHU-BREST.FR

LES AUTEURS NE DÉCLARENT AUCUN LIEN D'INTÉRÊTS



BIBLIOGRAPHIE

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry 2020 : 79-81.
2. Marquillier T, Trentesaux T, Delfosse C. Caries précoces du jeune enfant. EMC Med Buccale 2019; 14 (2) : 17.
3. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé 2002, 404p. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/
4. ODAS. Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée. Protection de l'enfance: Observer, évaluer pour mieux adapter nos réponses. Rapport de l'ODAS; 2006.
5. Code Civil. Article 375. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr
6. Haute Autorité De Santé. Maltraitance chez l'enfant: repérage et conduite à tenir HAS; 2014. https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201411/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf
7. Parmentier T, Hernandez M, Droz D. Le chirurgien-dentiste face à la maltraitance infantile Revue Française d'Odontologie Pédiatrique (RFOP) 2017; 11 (2) : 53-9.
8. Nossintchouk R, Kouyoumdjan C. Traumatismes orofaciaux et mauvais traitements à l'enfant. Encycl Med Chir Medecine buccale, 2004: 24-430-A-10.
9. Cairns AM, Mok JYQ, Welbury RR. Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting. International Journal of Paediatric Dentistry 2005; 15 (5) : 310-8.
10. Code Pénal. Article 226-14, Article 226-13. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr
11. Fisher-Owens SA, Lukefahr JL, Tate AR. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. 2017; 140 (2) : 10.
12. American Academy of Pediatric Dentistry - <https://www.AAPD.org>
13. Pirnay Ph. Face à l'état dentaire désastreux d'un enfant. L'Information dentaire 2017 :39: 38-40.
14. ONED. Observatoire National de l'Enfance en Danger. <https://www.onpe.gouv.fr>
15. Ministère de la santé et des solidarités. Guide pratique sur la protection de l'enfance. <https://www.social-santé.gouv.fr>
16. Coordonnées des CRIP de France : <https://cvm-mineurs.org/public/media/uploaded/pdf/coordonnees-des-crip-de-france-cvm.pdf>
17. Bouvet R, Pierre M, Le Gueut M. Responsabilité du pédiatre et signalement. Archives de Pédiatrie 2014; 21: 1-2.
18. Balencon M, Garnier-Jardin C. Société française de pédiatrie médico-légale (SFPML) : L'alliance de deux spécialités au service de l'enfant. Archives de Pédiatrie 2016; 23 : 1222-1224.
19. Vassal J-P. Code de déontologie des chirurgiens-dentistes commenté. Éditions Espace ID; 2010.
20. Martin-Ozanne E, Thouroude G, de Vries Ph, d'Arbonneau F. L'enfance en danger : Quand la médecine et la justice se rencontrent. Rev Francoph Odontol Pédiat 2018; 13 (2) : 1-7.



VOTRE ABONNEMENT

NOUS ENGAGE !

Rendez-vous en page 103