

Les mauvais traitements envers les enfants

Anna-Christina Zysset (adaptation française de Thomas Vauthier)

Les mauvais traitements envers les enfants sont un phénomène social qui existe dans toutes les sociétés, où il constitue presque toujours un sujet tabou. Force est toutefois de constater que le tabou qui a frappé pendant longtemps ce sujet est en train de s'effriter lentement. Suite à un postulat de l'ancienne conseillère nationale Judith Stamm (PDC), un groupe de travail mandaté par le Département fédéral de l'intérieur a publié en 1992 un rapport sur les genres de mauvais traitements infligés aux enfants et sur l'ampleur du phénomène en Suisse. Ce rapport montre à l'évidence que nous n'avons pas le droit de simplement fermer les yeux face à cette réalité aussi troublante que gênante.

Depuis lors, on a observé une augmentation fulgurante du nombre de cas enregistrés de mauvais traitements envers les enfants, notamment en raison de l'amélioration des structures permettant de déceler les situations de maltraitance. Or, même actuellement, la grande majorité des cas de mauvais traitements envers les enfants sont passés sous silence, voire frappés du sceau du secret et demeurent ainsi dans l'obscurité. Une amélioration de l'information et la sensibilisation du grand public devraient contribuer à éviter les actes de violence avant même que ceux-ci ne puissent se produire.

Si toutefois des enfants devaient subir des mauvais traitements, il est important de fournir aux victimes une assistance appropriée, non seulement pour prévenir d'autres actes de maltraitance, mais également pour les soutenir dans leur peine avec la compassion et l'empathie qui s'imposent. D'un autre côté, il convient de donner aux coupables une chance de reconnaître leurs fautes et d'apprendre à remplacer leur attitude blâmable par un comportement non violent. L'Association Suisse de la Protection de l'Enfant (ASPE) est une association indépendante de tout parti politique et confessionnellement neutre au sens des articles 60 et suivants du Code civil suisse. L'ASPE, fidèle à son principe premier «aider plutôt que punir», s'efforce d'étudier et de combattre les causes de la violence envers les enfants et adolescents, et en particulier



d'encourager l'éducation non-violente au bénéfice de ceux-ci.

Pas facile de cerner la maltraitance

Habituellement, le terme de mauvais traitements envers les enfants ou maltraitance infantile n'évoque que de graves lésions physiques comme les coups, brimades, négligence de soins, sévices sexuels, voire des abus incestueux. En réalité, les limites sont bien floues entre la gifle soi-disant «éducative» ou la fessée «bien méritée», d'une part, et les blessures pouvant conduire à la mort, d'autre part. Une éducation fondée sur les menaces verbales répétées, une attitude dépourvue d'affection, les humiliations verbales ou non verbales, la marginalisation systématique, la dévalorisation systématique, des exigences excessives ou disproportionnées par rapport à l'âge de l'enfant, consignes et injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter constituent autant de situations

relevant de la maltraitance émotionnelle ou psychique. Cette forme de maltraitance – moins flagrante et moins tangible – est plus difficile à discerner que les sévices corporels, de par l'absence de sévices objectives.

Une marche sur le fil du rasoir

«La violence domestique est un problème grave qui pose la délicate question des limites de l'intervention étatique. Il n'est pas facile de s'immiscer dans les situations re-

levant du milieu familial. Toute démarche dans ce sens signifie une ingérence dans la plus privée des sphères qui soit et de ce fait elle constitue une intrusion dans l'un des derniers repaires de l'individu en regard de la société. L'Etat se doit bien entendu de respecter cette intimité, mais il ne doit en aucun cas tolérer que les droits fondamentaux de l'être humain soient bafoués à huis clos». Ces paroles de M^{me} Ruth Dreifuss, notre ministre de la Santé publique, mettent en évidence à quel point le problème est délicat à aborder.

Effets de mauvais traitements

Le tort moral et les séquelles psychologiques restent souvent ineffaçables. Il y a un risque non négligeable que des enfants maltraités maltraitent à leur tour leurs propres enfants, même s'ils se sont jurés de ne jamais se comporter comme leurs propres parents.

Juges et médecins raisonnent et procèdent différemment

Les ecclésiastiques, avocats, défenseurs en justice, notaires, médecins, médecins-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, ainsi que leurs auxiliaires sont astreints au secret professionnel en vertu du Code des obligations. En fait, il convient de distinguer des exceptions à la règle absolue du secret. L'une d'elles est le droit de révéler à l'autorité tutélaire les infractions commises à l'encontre des mineurs, selon la teneur de l'article 358 du Code pénal suisse dont le libellé est le suivant:

Art. 358^{bis}

Obligation d'aviser: «Lorsque, au cours d'une poursuite pour infraction commise à l'encontre de mineurs, l'autorité compétente constate que d'autres mesures s'imposent, elle en avise immédiatement l'autorité tutélaire.»

Art. 358^{ter}

Droit d'aviser: «Lorsqu'il y va de l'intérêt des mineurs, les personnes astreintes au secret professionnel ou au secret de fonction (art. 320 et 321) peuvent aviser l'autorité tutélaire des infractions commises à l'encontre de ceux-ci.»

D'autres informations utiles à propos de la maltraitance infantile et des procédures à suivre en cas de suspicion d'une telle situation se trouvent dans la brochure «Recommandations pour les activités liées à la protection de l'enfant dans les hôpitaux pédiatriques»; cette brochure de 15 pages est éditée par les Sociétés suisses de Pédiatrie et de Chirurgie In-

fantile. Le fascicule peut être commandé pour la modique somme de Fr. 5.- à l'adresse suivante:

*Sekretariat Kinderschutzgruppe und
Opferberatungstelle des Kinderspitals
Zürich*

Steinwiesstrasse 75

8032 Zürich

Fax 01 266 76 45

ou par Internet sous: www.sgp.hin.ch

Ne nous soumet pas à la tentation ...

Au fond, la violence domestique n'est souvent qu'un symptôme d'autres problèmes qu'il conviendrait de résoudre. Et ces problèmes sont nombreux, dont l'impossibilité – en particulier dans les familles monoparentales – d'accorder les exigences professionnelles et familiales. Des appartements HLM, exigus et sans intimité assurée par une isolation sonore adéquate, ou des difficultés économiques ont vite fait de stresser, voire faire déborder le vase, dans les familles où cohabitent de nombreux enfants. Par des déci-

sions politiques erronées, telles que des coupes budgétaires ou autres suppressions de moyens financiers servant à la mise à disposition de crèches, de structures scolaires spéciales adaptées à la situation sociale, etc., dans le seul but d'allègements fiscaux, nous ouvrons droit la voie à la violence. En effet, la plupart des mauvais traitements envers les enfants sont dues à des situations de surmenage et de stress. La pauvreté et le manque de moyens financiers peuvent contribuer à multiplier les conflits et à porter préjudice à la relation parents-enfant, augmentant le risque de formes, bénignes ou sévères, de punitions arbitraires et de maltraitance. C'est là que le bât blesse et nous devons nous efforcer de lutter pour réduire le risque de violences envers les enfants.

Christine Vetter a rédigé pour la revue «zm» un article fort intéressant traitant de ce sujet délicat. Nous publions ci-après une traduction du texte quasi intégral et sans modifications majeures. ■

La maltraitance infantile

Source: Christine Vetter, revue «zm» (traduction française de Thomas Vauthier)

Des dents avulsées, des ecchymoses, des éraflures et autres hématomes – la mère explique que son fils de cinq ans a fait une mauvaise chute en tombant de la balançoire dans le parc. Il se peut même qu'elle dise la vérité. Par contre, vous aussi, en votre qualité de médecin-dentiste, pouvez vous voir confronté à une situation de mauvais traitement envers un enfant. La présente contribution a pour but de présenter les éléments essentiels dont il faut tenir compte, de même que l'attitude à adopter en cas de suspicion de maltraitance.

Plusieurs fois par année, le problème défraye les chroniques: les rubriques des «Faits divers» de la presse bouleversent l'opinion publique en rapportant des cas effroyables de mauvais traitements infligés à des enfants – dont un nombre considérable connaissent même une issue fatale. Or, le thème de la «violence à l'encontre des enfants» n'est pas nouveau. Dès les années 60 du siècle passé, il existe une sorte d'«historiographie» à propos de ce problème qui a depuis lors suscité un intérêt croissant dans l'opinion publique. Force est de constater que même si de nos jours les gens sont nettement plus sensibilisés à la maltraitance qu'il y a quelques années encore, il faut toujours énormément de temps jusqu'à ce qu'une prise en charge adéquate des enfants ou adolescents concernés ne soit proposée, voire mise en pratique.

Les mauvais traitements ou autres négligences envers les enfants, de même que les abus sexuels sont des thèmes de plus

en plus évoqués, du fait qu'ils suscitent des émotions vives. Les médecins, mais aussi les médecins-dentistes ont un rôle particulier à jouer dans ce contexte, du fait que c'est à eux que les parents s'adressent lorsque leur petites têtes blondes ont besoin de soins médicaux. Dans bien des cas, il n'est cependant pas facile de discerner s'il s'agit de symptômes relevant d'une maltraitance et bon nombre de médecins se sentent dépassés dans

une telle situation. Ils ne savent pas comment se comporter correctement du point de vue juridique et se voient en outre confrontés à des problèmes apparemment insurmontables, en particulier en raison de crainte de violer le secret médical. Pour ces raisons, même s'il n'est pas facile de reconnaître une situation de maltraitance à enfant, il peut être encore plus difficile, en cas de suspicion de maltraitance, de ne pas rester paralysé face au problème. Il faut au contraire surmonter le sentiment de malaise, voire d'impuissance dont on risque d'être saisi et avoir le courage de s'engager de sorte que l'enfant concerné puisse bénéficier d'une assistance appropriée.

Que signifie le terme de mauvais traitements aux enfants?

La maltraitance infantile est un problème complexe qui peut être défini de diffé-



rentes façons, dont voici celle donnée par le «Kinderschutzzentrum Berlin»:

«Les mauvais traitements envers les enfants ne comprennent pas uniquement les gestes isolés de violence – physique ou psychique – à leur égard. Ils englobent l'ensemble des conditions existentielles, des actes, des omissions et négligences qui ne sont pas dues au hasard, qu'elles soient intentionnelles ou non, qui ne respectent pas leurs droits à la vie, à l'éducation et à l'épanouissement. Le déficit observable entre ce que légitimement leurs droits et leurs réelles conditions d'existence, représente la somme des mauvais traitements envers les enfants».

Selon cette définition, les symptômes observés – peu importe qu'il s'agisse de lésions physiques ou de comportements particuliers au plan psychique ou psychosocial – ne doivent pas être dus au hasard ou avoir été causés par un accident, comme le voudraient souvent le faire croire les parents.

Cette définition implique en outre que le comportement violent des adultes envers les enfants ne doit pas forcément être le résultat de gestes conscients, mais qu'il peut également être dû à des mécanismes psychiques inconscients. Selon l'un des experts en la matière, le Dr Eugen E. Jungjohann, responsable d'une consultation ambulatoire de protection des mineurs à Düsseldorf et éditeur du manuel pour la pratique «Hilfen für misshandelte Kinder», le passage à l'acte peut, dans un nombre non négligeable de cas, être le résultat de conflits intérieurs propres à l'adulte fautif.

La maltraitance, un problème aux facettes multiples

Selon le même spécialiste, les mauvais traitements envers les enfants relèvent en outre souvent d'un comportement aberrant de personnes adultes qui ont eux-mêmes été victimes dans leur enfance de maltraitances ou d'abus sexuels. Les actes de violence se perpétuent souvent sur plusieurs générations et les parents sont capables de se comporter de façon agressive ou violente à l'encontre de leur progéniture, alors même qu'ils s'étaient jurés de ne jamais se livrer à une telle attitude vis-à-vis de leurs propres enfants. Selon le Dr Jungjohann, il faut cependant garder à l'esprit que la maltraitance est un phénomène aux facettes multiples et qu'elle n'est pas toujours reconnue d'emblée comme telle, même par des médecins. Outre les sévices physiques ou les abus sexuels, les spécialistes en psychiatrie infantile définissent également

Le thème de la maltraitance infantile fait l'objet d'une brochure éditée par l'Association Suisse de la Protection de l'Enfant (ASPE), en collaboration avec le Comité suisse pour l'UNICEF, la Fondation suisse pro jeunesse, la Fondation Enfants et Violence, ainsi que la Fondation Village d'enfants Pestalozzi. Cette brochure porte le titre «Enfance maltraitée: faits – intervention – prévention». Elle peut être commandée pour la modique somme de Frs. 5.– à l'adresse suivante:

Association Suisse de la Protection de l'Enfant
Case postale 344 Tél. 031/398 10 10, fax 031/398 10 11
3000 Berne 4 E-mail: SKSB.ASPE@pro-kids.ch

des abus émotionnels ou foetaux, deux formes de maltraitance qui ont été négligées jusqu'alors, non seulement dans le grand public, mais également dans les ouvrages de référence.

La maltraitance physique

La maltraitance physique envers les enfants est plus largement répandue que ce que l'on suppose communément. Le phénomène touche avant tout les nourrissons et les enfants en bas âge. Ainsi, en Allemagne, chaque année parmi 1000 nouveau-nés, pas moins de six sont blessés gravement par des maltraitances physiques, au point que le quart des victimes décède ou subit des séquelles durables sévères à la suite de ses blessures.

En extrapolant ce chiffre aux quelques 700 000 naissances par année en Allemagne, le bilan est effrayant: si quelque 70 nouveaux cas de phénylcétonurie sont décelés et que quelque 350 des nouveau-nés souffrent d'une mucoviscidose (ou fibrose kystique du pancréas), pas moins de 4000 enfants sont victimes d'une maltraitance physique grave et 13 000 enfants sont victimes d'abus sexuels.

Selon la définition, on est en présence d'une maltraitance physique lorsque, suite à des actes de violence physique, des enfants subissent des blessures graves, qu'elles soient temporaires ou permanentes, voire même qu'ils en décèdent. Tombent également sous cette définition toutes les situations dans lesquelles une attitude violente ou brutale de la part des parents ou d'autres personnes éducatrices est l'un des éléments faisant partie intégrante de l'éducation des enfants.

Les nourrissons et les enfants en bas âge sont particulièrement exposés au risque de maltraitance physique; pour cette raison, les pédiatres sont tenus de rechercher – même lors des examens de prévention de routine – des symptômes susceptibles d'évoquer une maltraitance physique, de même que des indices de retards du développement physique et/ou psychique de l'enfant, des signes de

négligence de soins (hygiène corporelle, habillement, etc.) ou des troubles du comportement. En outre, la possibilité de maltraitance physique doit également être envisagée dans tous les cas de mort subite du nourrisson (*SIDS, Sudden Infant Death Syndrome*), même si, toujours selon le Dr Jungjohann, le nombre de cas de SIDS ne doit pas être surestimé dans ce contexte.

La violence, un phénomène aux nombreux visages

En réalité, les enfants sont exposés à des formes les plus diverses de violence. Selon le spécialiste allemand, certaines victimes sont frappées, giflées ou subissent des coups de poing ou de pied; elles sont frappées à la main ou par des objets, poussés ou jetées par terre, voire secouées violemment («syndrome de l'enfant secoué»: on se souviendra du cas Loretan qui a défrayé les chroniques il n'y pas si longtemps, n.d.tr.). Les symptômes typiques de tels actes de violence sont des ecchymoses sur les deux bras, correspondant aux empreintes digitales de l'abuseur, et éventuellement accompagnées de traces de contusions dans la région du torse.

Dans d'autres cas, des enfants sont étranglés ou asphyxiés sous des coussins, ils sont ébouillantés ou brûlés par des cigarettes. Ils peuvent être forcés d'avaler des substances caustiques et toxiques. En outre, il convient de toujours rechercher des lésions physiques dans les régions génitales et anales en tant que conséquences de sévices sexuels.

Le syndrome de Münchhausen par procuration

Bien qu'il soit plutôt rare, le syndrome de Münchhausen par procuration (ou SMPP) constitue une variante à part entière de la maltraitance infantile.

Le syndrome de Münchhausen simple désigne les malades qui simulent des affections pour être hospitalisés et subir des opérations inutiles. Pour les psy-

chiatres, il ne s'agit pas d'une maladie mais d'un trouble du comportement – dès lors reconnu comme étant apparenté aux pathomimies. A l'inverse du simulateur qui poursuit un but déterminé, les patients atteints de ce syndrome n'ont rien d'autre à gagner que l'attention du milieu médical.

Le SMPP chez les enfants a été écrit par le pédiatre anglais Roy Meadow en 1977, qui rapportait dans le *Lancet* deux cas de jeunes enfants victimes de pathologies inventées ou provoquées par leur mère: une falsification itérative d'examen d'urines par addition de sang et une intoxication chronique par le sel ayant conduit au décès de l'enfant.

Le parent responsable, en général la mère – d'où le terme «par procuration» («by proxy») – invente chez son enfant des histoires cliniques fausses et/ou provoque des symptômes afin de demander aux médecins un diagnostic et un traitement. Les conséquences physiques graves et parfois irrémédiables proviennent de l'action du parent et du corps médical abusé. Outre l'absorption de substances toxiques à l'insu de l'enfant, l'adjonction de différentes substances, le plus souvent du sang, aux urines ou fèces, peuvent être utilisées pour provoquer des résultats d'examen erronés. Les troubles allégués les plus fréquents sont: les saignements (obtenus par anticoagulants, phénolphtaléine, sang de source extérieure), les diarrhées (obtenues par intoxication au sel ou aux laxatifs), les vomissements (obtenus par intoxication au sirop d'ipéca) et les éruptions cutanées (grattage, application de caustiques). Même l'étouffement de courte durée, destiné à simuler des apnées ou syncopes, est parfois une méthode parfois utilisée pour attirer l'attention du corps médical. Ce faisant, toujours selon le D^r Jungjohann, les parents font en général preuve d'un comportement extrêmement préoccupé et choyant. Dans ce contexte, ce spécialiste attire également l'attention sur le fait que l'attitude des parents qui amènent leur enfant en consultation est typiquement caractérisée par une anxiété générale, des inquiétudes, des préoccupations et une sollicitude exagérées envers l'enfant. Si en l'occurrence, un tel comportement émotionnel peut sans doute être authentique, compte tenu de la situation, il ne fait toutefois que refléter le trouble relationnel larvé au sein de la famille. Les déclarations des parents qui tentent d'expliquer les lésions par un supposé accident ne doivent par conséquent pas être prises à la légère ni être acceptées telles



quelles; en effet, l'enfant risque – une fois les soins médicaux prodigués – de subir très rapidement de nouvelles blessures corporelles par des sévices physiques. Le cas échéant, il est alors typique que les parents consultent en général un autre médecin. D'un autre côté, estime le D^r Jungjohann, il ne faut pas non plus tomber dans l'autre extrême qui consisterait à suspecter des maltraitements infantiles partout, car toutes les blessures observées chez les enfants ne sont pas forcément le résultat de mauvais traitements infligés aux enfants.

Poser des questions précises sur les circonstances de «l'accident»

En tout état de cause, il faut déterminer dans chaque cas individuel si la nature des lésions peut être expliquée par la description des parents à propos des causes ayant entraîné les blessures et si elle concorde avec les circonstances rapportées du supposé accident. Ainsi, il n'est pas rare que la mère tente de se disculper en expliquant que le traumatisme crânien grave dont est victime son enfant résulterait du fait que le petit avait l'habitude de bouger tellement dans son lit à barreaux pendant la nuit au point qu'il avait dû se cogner la tête là-contre. Or, dans d'autres cas, les parents n'avancent aucune explication en déclarant simplement qu'ils avaient trouvé l'enfant avec la ou les blessures ayant motivé la consultation médicale. A propos du dernier point, le spécialiste allemand conseille au corps médical d'être tout yeux, tout oreilles et de ne pas hésiter à poser des questions précises sur les circonstances de «l'accident», notamment dans tous les cas dans lesquels un laps de temps important s'est écoulé entre le moment du traumatisme et celui de la consultation médicale.

Il peut s'avérer utile de prêter attention et de rechercher des types de lésions caractéristiques de maltraitance ou de sévices observées le plus fréquemment dans les différentes tranches d'âge des enfants: ainsi, les nourrissons et enfants en bas

âge présentent dans bien des cas des hématomes, des ecchymoses ou des saignements au niveau des téguments, de même que des tuméfactions dans les sphères crânienne, faciale et cervicale; ce faisant, l'examen clinique doit également comprendre dans tous les cas la région du cuir chevelu. Il n'est pas rare non plus que les enfants aient subi une fracture crânienne, un type de lésion qu'il n'est toutefois pas toujours facile à déceler chez les enfants de cette tranche d'âge, rappelle le D^r Jungjohann. Et de préciser qu'il existe alors un risque d'hémorragies sous-arachnoïdales ou intra-crâniennes mettant en danger le pronostic vital du petit patient, en particulier lorsqu'il s'agit de lésions répétées.

Les enfants âgés entre trois et douze ans présentent plus souvent des lésions touchant les jambes ou la région des fesses, dans le bas du dos ou dans la région génitale, alors que chez les adolescents entre 12 et 17 ans, il faut rechercher en particulier des hématomes et autres blessures dans les sphères crânienne, faciale et cervicale, voire au niveau des épaules. Pour cette raison, il n'est pas exclu que le médecin-dentiste puisse également une fois ou l'autre être confronté à un tel problème dans sa pratique quotidienne.

Etre attentif aux comportements bizarres

En outre, il convient d'être attentif aux éventuelles particularités ou troubles du comportement de la part de l'enfant; doivent notamment éveiller des suspicions les enfants qui, durant la consultation, restent manifestement sur leur défensive ou font preuve de gestes d'évitement inappropriés et marqués. Le cas échéant, une telle attitude peut en particulier être déclenchée ou renforcée par tout contact physique de la part du médecin au cours de l'examen clinique.

Il faut également rechercher des signes de négligence corporelle ou vestimentaire, ou encore des manifestations reflétant des carences alimentaires ou médicales.

Maltraitance fœtale

La maltraitance fœtale est une forme particulière de la maltraitance infantile; il s'agit de lésions infligées par la mère ou par son partenaire au fœtus durant la grossesse. Selon le D^r Jungjohann, ce type de maltraitance n'a jusqu'à présent été décrit que dans de rares cas dans la littérature médicale. Toutefois, il convient d'évoquer une telle possibilité dans toutes les situations dans lesquelles il y a un risque d'interruption prématurée de la grossesse ou d'avortement spontané.

Les causes de la maltraitance fœtale prennent origine dans des situations de conflits personnels de la mère, pour laquelle l'enfant en gestation devient l'objet de sa propre colère, voire de la haine. Des coups de poing dans la région abdominale ou l'absorption de médicaments stimulant les contractions utérines peuvent en être la conséquence.

Maltraitance émotionnelle

La maltraitance émotionnelle est un autre type encore peu connu de la maltraitance infantile. Par définition, elle comprend toute attitude durablement hostile ou de rejet de la part des parents ou d'autres personnes éducatrices vis-à-vis de l'enfant (humiliation, exigences trop importantes), alors que la cruauté mentale consiste en l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique: humiliations verbales ou non verbales, menaces verbales répétées, marginalisation systématique, dévalorisation systématique, exigences excessives ou disproportionnées par rapport à l'âge de l'enfant, consignes et injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter.

L'une des formes les plus importantes de maltraitance émotionnelle est l'attitude de délaissement ou d'abandon affectif. Selon le D^r Jungjohann, il s'agit d'une forme quasi silencieuse de maltraitance infantile. «Les enfants ne subissent pas de rejet actif, mais ils vivent dans un environnement qui est comme enveloppé dans de la ouate; ils sont isolés et marginalisés par rapport aux stimuli extérieurs, et privés de la plupart des échanges avec autrui, tels qu'explorer, écouter, apprendre, s'intéresser.» Cette forme de maltraitance est difficile à discerner de par l'absence de séquelles objectives. De ce fait, il est probable que le nombre d'enfants qui en sont victimes soit relativement important. Et l'expert de continuer: «La maltraitance émotionnelle n'est toutefois guère décelée, du fait que

de nos jours, les familles qui ne font pas de bruit» ont la cote sur l'échelle des rangs sociaux.

Les enfants maltraités émotionnellement peuvent manifester des troubles du comportement, une affectivité perturbée (comportement trop farouche ou trop confiant) ou des difficultés pédagogiques inexplicables, tels que des retards du développement du langage et plus tard une diminution de l'intelligence fonctionnelle. Il n'est pas rare que la maltraitance émotionnelle aille de pair avec une négligence de soins corporels.

Maltraitance psychique

La maltraitance psychique est encore trop souvent ignorée; pourtant, elle représente également une forme de mauvais traitements. Elle se caractérise par un abus de pouvoir sur plus faible que soi et peut exister isolément ou associée à des sévices physiques ou sexuels. Les enfants sont terrorisés ou intimidés par des chantages divers, tels que la menace d'être envoyé «en institution», d'être privé de repas ou de devoir manger aux toilettes, etc. pour ne citer que quelques exemples parmi d'autres.

Fait également partie des maltraitances infantiles la corruption morale des enfants, par exemple lorsque les enfants sont forcés d'assister aux ébats sexuels de leurs parents ou de visionner des films pornographiques. Dans la forme extrême de la corruption morale, les enfants sont forcés de participer activement ou passivement dans des productions pornographiques; ce faisant, il n'est pas rare que les enfants soient récompensés pour leur participation par des cadeaux.

Abus sexuels

Par rapport à ce qui précède, le pas vers les abus sexuels n'est plus très loin. La maltraitance sexuelle peut être définie comme l'abus d'enfants et de pubères, par des adultes ou des adolescents, lorsque la différence d'âge entre l'abuseur et la victime est d'au moins cinq ans, par des activités sexuelles qu'ils ne peuvent comprendre complètement et pour lesquelles ils ne peuvent donner leur accord en toute connaissance de cause.

Selon le D^r Jungjohann, cette maltraitance connaît beaucoup de formes: à commencer par des actes d'exhibitionnisme ou de présentations d'images à caractère pornographique, en passant par des atouchements dans les régions génitales ou anales, jusqu'à l'inceste et la pédophilie avérée, avec pénétration vaginale, anale ou buccale, voire d'autres formes

de perversion, telles que l'abus sexuel ritualisé ou la prostitution infantile.

Lorsque derrière chaque image se cache un abus

La diffusion de contenus à caractère pornographique via Internet ne connaît pratiquement aucune limite. Le problème de l'absence de restrictions sur la Toile représente un défi difficile à résoudre pour les autorités de la justice pénale. Récemment, une réunion d'experts à Balsthal a eu comme thèmes principaux les méthodes d'investigation dont dispose la police en la matière, les aspects légaux en général et de droit pénal en particulier, ainsi que les rôles respectifs des auteurs et des victimes de la pornographie infantile. Il convient de noter qu'en Suisse, le fait de visionner et acquérir, voire de posséder de telles images – sans les télécharger ou les imprimer – ne sont pas poursuivis d'office et ne sont pas non plus passibles de conséquences pénales.

Dans la quasi totalité des cas d'abus ou autres maltraitances sexuelles – en particulier dans les situations d'inceste – il s'agit d'un processus évoluant sur une longue durée; parmi les enfants qui sont annoncés et pris en charge dans les institutions spécialisées, quelque 50 pour-cent sont âgés de moins de sept ans, voire même de moins de cinq ans dans une proportion de 40 pour-cent. Deux tiers des victimes sont des filles, environ un tiers des garçons. Dans les situations d'inceste notamment, les enfants sont obligés de vivre ces relations durant deux ans en moyenne avant que les lésions et répercussions en soient décelées et que les victimes bénéficient d'une assistance appropriée. Selon les statistiques, au moment de la révélation des faits, les enfants ont alors tenté à cinq reprises en moyenne de trouver une oreille attentive pour dénoncer la situation à un membre de la famille, à un proche, au corps enseignant ou à des médecins.

Le dilemme entre le secret professionnel et la dénonciation

Lorsqu'un médecin a eu connaissance ou qu'il suspecte, au cours de sa consultation, une maltraitance envers un enfant, d'un acte de négligence ou d'un abus sexuel, il est confronté au dilemme de la décision, soit de respecter le secret professionnel, soit de déposer plainte pénale. Il n'y a pas d'obligation de principe de déposer plainte. Le libellé de l'art. 358^{ter} du Code pénal suisse stipule simplement un *droit d'aviser*: «Lorsqu'il y va de l'intérêt des mineurs, les personnes astreintes

au secret professionnel ou au secret de fonction (art. 320 et 321 CC) peuvent aviser l'autorité tutélaire des infractions commises à l'encontre de ceux-ci». Par conséquent, estime le D^r Jungjohann, dans d'éventuelles situations critiques la première règle sera d'essayer de tirer l'affaire au clair en en discutant avec les parents ou, le cas échéant, avec les grands-parents.

Lorsque le médecin estime que d'autres mesures s'imposent il ne faut surtout pas brûler les étapes. Tout d'abord, il prendra de préférence contact avec l'un des groupes de travail pour la protection des enfants qui devrait être présent dans la grande majorité des hôpitaux pédi-

triques ou avec tout autre service spécialisé afin de définir la procédure ou les suites éventuelles à donner à l'affaire, comme par exemple l'annonce à un service social ou à l'autorité tutélaire. En effet, l'art 385^{ter} du CPS prévoit la possibilité et non l'obligation pour les médecins d'alerter l'autorité tutélaire (dont les membres doivent de par leur fonction avertir aussi la justice pénale s'il y a délit). Pour éviter le risque de se trouver lui-même emmêlé dans les moulins de la justice, le médecin sera bien conseillé de documenter soigneusement et de manière objective toutes les démarches qu'il entreprend, de même que les éléments les ayant motivées. ■

Installation d'un service de stomatologie dans l'hôpital pour enfants de Sighet en Roumanie

Anna-Christina Zysset

Grâce à la Dental Health Assistance Switzerland, l'hôpital pour enfants de Sighet s'est pourvu en quelques jours d'un service de stomatologie.

Un service de soins dentaires a été installé dans l'hôpital pour enfants de Sighet. Ce service est constitué de trois pièces, le cabinet avec un fauteuil et une unité (Planmeca 2000), un autoclave et des placards, une salle de radiologie séparée et une salle d'attente équipée de meubles spécialement conçus pour les enfants. Il fut inauguré en la présence du professeur Elie Wiesel de New York, qui a exprimé ses félicitations et sa reconnaissance aux deux fondateurs, le D^r Alfred Kleine et Vitale Mariotti.

Les habitants de Sighet doivent cet hôpital pour enfants à un unique concitoyen de Sighet, le professeur Elie Wiesel de New York. Il est subventionné par le professeur A. Fanconi de Zurich et l'ancien conseiller fédéral Rudolf Friedrich. Ces derniers ont demandé à la DHAS de mettre en place un service de soins dentaires au sein de l'hôpital pour enfants.

Mais ce ne fut pas si facile. Un coup d'œil dans les notes de voyage d'Alfred Kleine indique que, comme tant d'autres, ce service n'a vu le jour que grâce à deux infatigables idéalistes «pinaillleurs». L'«aventure» commence dès le démontage et le stockage du matériel dentaire. Dans l'office central fédéral de la Croix-Rouge suisse chargé du matériel sont stockées des installations dentaires démontées et dépassées pour les circonstances. Le seul étiquetage des flexibles, pinces, instruments à main et pièces détachées tenait du travail de Sisyphe et a mobilisé pen-

dant des jours entiers l'énergie des membres volontaires et bénévoles de la DHAS. Le spectacle de ces unités a réveillé de désagréables souvenirs. L'odeur du clou de girofle et les pleurs des enfants devenaient soudain très actuels ...

L'aménagement d'un service de soins dentaires nécessite d'établir un plan précis. Tous les outils nécessaires, la moindre vis, tout doit être méticuleusement emballé. Les pièces manquantes ne peuvent pas être commandées d'un simple téléphone portable. Sont venues s'ajouter des caisses à outils de la DHAS qui ont fait leurs preuves dans de nombreuses opérations. Le médecin-dentiste ou l'ingénieur agricole qui a appris son métier en temps de guerre connaît la valeur de chaque vis, si vieille et rouillée soit-elle. Une terrible pagaille règne dans l'entrepôt d'Alfred Kleine à Wabern! Le mieux est de lire ses notes de voyage pour découvrir comment ce «chaos» fut efficacement dissipé. «16 août. Vol Zurich-Bucarest-Satu Mare. Le D^r Wirtz est venu me chercher en voiture. Arrivée à minuit à Sighet.

17 août. 9 h 00 arrivée à l'hôpital, rencontre avec le D^r Wirtz. Les travaux ne peuvent commencer car le matériel est sous clé et que le trousseau est gardé par une infirmière qui est absente. Donc visite de la ville. Après le repas, nous pouvons enfin rentrer pour la première fois dans ce qui est prévu être le cabinet, situé environ à 150 m de l'hôpital pour en-

fants. En premier lieu, nous devons nous débarrasser de l'ancien matériel. Puis les soldats ont amené les appareils, en en cassant déjà quelques uns! Impossible de mettre la main sur deux valises privées, l'une contenant mes outils, l'autre des vêtements. Réapparition des deux valises en fin d'après-midi. Elles sont ouvertes et les vêtements ont été volés.

Heureusement l'outillage est presque au complet. Nous travaillons jusqu'à 20 h 00 le soir.

18 août. Travail de 9 h 00 à 18 h 00. Déjeuner à l'hôpital avec le D^r Wirtz. Un électricien nous aide à brancher le compresseur. Il fait un branchement en 3×380-V2. Comme la gaine de distribution n'a pas été percée suivant mes indications sur le plan, il faut percer une deuxième gaine pour le flexible de pression.

19 août. Mauvaise nuit à cause d'un mariage. Attendons le D^r Wirtz de 9 h 00 à 10 h 00 car il doit nous emmener faire une excursion. Comme il ne vient pas, allons à la polyclinique pour avancer les travaux d'installation. Déjeunons puis rattrapons un peu de sommeil.

20 août. Transport du mobilier de transformation par des auxiliaires qui de nouveau abiment certaines choses. Vitale Mariotti est tellement énervé qu'il fait un malaise et que le D^r Pozman, cardiologue, doit lui faire une piqûre. Vitale passe l'après-midi sur son lit à l'hôtel. Pendant ce temps je peux installer l'unité et contrôler toutes les fonctions.

21 août. Installation de l'appareil de radiologie dans une petite salle séparée. Une fois terminée, vérification au compteur Geiger. Tout est OK. Pendant ce temps Vitale monte les meubles. Beaucoup doivent être sciés car aucun mur n'est à angle droit et le plâtre est très ondulé. Sur trois côtés du cabinet, installation de structures avec revêtement, l'une avec deux lavabos, les autres avec un seul. Malheureusement le plombier ne respecte pas son engagement et ne vient pas mettre l'eau.

22 août. Fin des travaux de transformation et du montage de deux placards. Raccordement de l'aspirateur de salive et contrôle. Les électriciens ont installé presque tous les plafonniers sur le plâtre ondulé. Une lampe dans le cabinet, une autre dans la salle d'attente. Des techniciens de surface viennent nettoyer placards, appareils et sols. La médecin-dentiste, le D^r Lechmann, apparaît et avec l'aide d'un interprète, je lui présente tous les équipements. A 18 h 30 nous pouvons quitter un service franchement bien réussi. Le cabinet est vraiment beau et élégant. L'unité et le fauteuil, quasiment

neufs, sont modernes et bien placés. Les meubles montés avec tant de mal par Vitale contribuent beaucoup à rendre un effet général exceptionnel.

J'espère simplement que les travaux qui n'étaient pas terminés seront réalisés même sans nous, à savoir la seconde gaine pour le flexible de pression et le nettoyage de ce dernier et de l'autre gaine, l'aménagement de la salle d'attente, le raccorde-

ment des lavabos et de l'autoclave ainsi que quelques autres brouittes. Cinq cartons pleins de petits outils, instruments à main, pinces et leviers n'étaient toujours pas arrivés au moment de notre départ, malgré les assurances maintes fois réitérées du D^r Wirtz qu'il allait vérifier!

23 août. Voyage de retour. Trajet en voiture avec chauffeur jusqu'à Satu Mare. Puis vol pour Zurich via Bucarest.»

La DHAS donne un sens à la vie de l'homme âgé qu'est Alfred Kleine. Avec beaucoup de cœur, peu de moyens, mais en allant droit à l'essentiel, il met en place de nouveaux critères de qualité pour les soins dentaires dans les pays pauvres.

Si vous envisagez de rénover votre cabinet, n'oubliez pas la DHAS. ■

Le fluor n'est pas interdit en Belgique

Anna-Christina Zysset

Fluor? C'est une tempête dans un verre d'eau. Ces derniers jours, on pouvait lire dans certains articles de journaux que la Belgique avait interdit le fluor. Le Ministère de la santé publique, sous la direction de Magda Aelvoet (qui entre-temps a donné sa démission) regrette la mauvaise politique de communication qui a provoqué cette agitation au sein de l'UE. Le fluor n'est pas interdit, seules quelques restrictions ont été imposées à la vente.

Au mois de juillet Magda Aelvoet a fait entrer en vigueur une interdiction portant sur la vente libre de gelées, gargarismes, comprimés, gouttes et chewing-gums contenant des compléments fluo-

rés. Le fluor ne doit plus être commercialisé comme complément nutritif, il doit être délivré sur ordonnance, comme un médicament. La ministre fédérale de la santé publique (dont la démission a été

motivée par une vente d'armes controversée de la Belgique au Népal) est persuadée que même augmentée en faible quantité, le fluor peut porter atteinte à la santé des jeunes enfants et des adultes. Elle a manifestement pris cette décision sans consultation préalable du «Conseil de l'Art dentaire». Le corps dentaire belge soutient effectivement une interdiction partielle du fluor mais maintient que les dentifrices fluorés sont efficaces et affirme que les produits commercialisés constituent une précieuse prophylaxie. Malgré l'interdiction belge portant sur certains produits fluorés, l'année pro-

Prophylaxie de la carie par application locale de fluorures

Pour combattre efficacement la carie dentaire, le brossage des dents doit être effectué avec des préparations fluorées: elles agissent sur les dents puis sont recrachées. A cet effet, il est conseillé d'observer quelques principes simples:

1. Usage journalier de dentifrice fluoré

dès l'éruption de la 1 ^{re} dent jusqu'à l'âge de 6 ans	dentifrice fluoré «pour enfants» (0,025% de fluorure)	Après le brossage des dents recracher mais ne pas rincer avec de l'eau
des l'âge de 6 ans	dentifrice fluoré «normal» (jusqu'à 0,15% de fluorure)	

2. Usage hebdomadaire de «gelée fluorée»

dès 6 ans, il est indiqué de faire, une fois par semaine, un brossage des dents avec une gelée fluorée contenant 1,25% de fluorure (env. 10 fois plus que le dentifrice normal).

Après cette application locale de fluorure, il faut recracher la gelée, mais sans se rincer la bouche, en évitant de manger ou boire pendant au moins une heure. Le fluorure aura ainsi un contact prolongé avec l'émail des dents et un meilleur effet protecteur contre la carie. Un conseil pratique pour les enfants: utiliser la gelée fluorée régulièrement (par exemple, chaque samedi soir) avant d'aller au lit.

En lieu et place de l'usage hebdomadaire de gelée fluorée, il est possible de procéder à un rinçage de bouche quotidien avec une solution fluorée (0,02-0,03% de fluorure). Cette variante est surtout indiquée pour des jeunes qui portent des appareils d'orthodontie.

L'usage journalier de dentifrice fluoré et un brossage hebdomadaire avec une gelée fluorée permettent à eux seuls de réduire les caries de 50%.

Lors des séances de **brossage dans les écoles enfantines, primaires et secondaires**, des gelées fluorées seront utilisées.

Prophylaxie de base par l'usage de sel fluoré

Pour une prophylaxie optimale de la carie, il est recommandé, en plus de l'usage de dentifrice et de gelée

3. L'usage de sel de cuisine fluoré (paquets avec bande verte)

L'emploi journalier de sel de cuisine avec 0,025% de fluorure (par ex. JuraSel ou sel du canton de Vaud) est conseillé pour toutes les préparations culinaires. Ainsi, tous les membres de la famille – petits et grands – peuvent bénéficier de cette mesure préventive simple et gratuite!

L'usage exclusif de sel de cuisine fluoré permet de réduire les caries de presque 50%.

A partir du moment où la plupart des dents temporaires a poussé les enfants reçoivent la même nourriture que les adultes et profitent ainsi de l'effet protecteur du sel fluoré.

Dans le cas où vous deviez suivre une diète pauvre en sel ou sans sel, votre médecin-dentiste vous proposera volontiers des alternatives efficaces.

Commission de prévention de la Société suisse de médecine dentaire préventive et restauratrice (SVPR) 2002
Société suisse d'odonto-stomatologie (SSO) 2002

chaîne l'UE tient à autoriser expressément dans les denrées alimentaires cette substance minérale controversée. Le fluor figure sur une liste dite positive d'une nouvelle directive de l'UE sur les compléments alimentaires, déclarait un porte-parole de l'Union Européenne.

Cette directive, qui doit entrer en vigueur dans un an, permet l'intégration dans les denrées alimentaires de toutes les vitamines et tous les minéraux qui y sont cités. A titre d'information, vous trouverez ci-après les recommandations formulées par la SSO. ■

raffinés et ne peuvent être remplacés par les simples hydrates de carbone présents dans la chaîne des aliments naturels. Ces sucres sont régulièrement contenus dans les boissons et les friandises sucrées. Ils augmentent le risque de développer des caries, aussi bien chez les enfants que chez les adultes. Avec le temps, leur caractère cariogène favorise l'accumulation de plaque et l'apparition de gingivite. Le tabac et l'alcool sont d'autres facteurs de risque d'affections parodontales.

Un déséquilibre nutritionnel peut générer des processus pathologiques qui intéressent aussi les dents et le parodonte. Les déficits en minéraux et en vitamines C et B sont des contributeurs significatifs d'affections bucco-dentaires. Ils doivent être corrigés afin d'améliorer le potentiel de cicatrisation, en particulier après une intervention chirurgicale. D'autres affections en rapport avec l'alimentation et l'appareil digestif peuvent toucher la santé bucco-dentaire comme les troubles de l'alimentation, la maladie de Crohn, les néoplasies, les affections cardio-vasculaires et rénales. Il a aussi été montré qu'une baisse d'hygiène bucco-dentaire peut se répercuter sur la santé générale. L'équilibre alimentaire risque de se détériorer lorsque les adultes perdent leurs dents.

Les mesures promotionnelles pour une ingestion appropriée de sucres peuvent avoir le potentiel de diminuer les affections dentaires et parodontales, et d'améliorer la qualité de vie. C'est au cabinet dentaire que le médecin-dentiste devrait fournir des recommandations en matière d'alimentation tout comme il donne des instructions d'hygiène. Les parents devraient être associés à cette démarche. Des programmes d'éducation devraient rendre les enfants et les adolescents attentifs à la réduction de consommation de sucres, tant dans leur forme ouverte que dissimulée. L'ajout de sucre ne devrait pas dépasser 10% de l'ingestion totale de calories, chiffre très inférieur aux données actuelles constatées. Il conviendrait aussi de différencier les sucres complexes et simples présents dans les noix, les graines, les légumes et les fruits.

Les déséquilibres alimentaires peuvent avoir d'importantes répercussions sur la santé dentaire et parodontale des enfants et des adultes. Le médecin-dentiste joue un rôle déterminant dans la prise de conscience de l'importance d'une alimentation équilibrée, pauvre en hydrates de carbone.

Michel Perrier, Lausanne

REVUES



Miel et santé bucco-dentaire

Molan P C: The potential of honey to promote oral wellness

Gen Dent 49: 584-588, 2001

Depuis des temps immémoriaux, le miel est un aliment consacré. Depuis quelques années, ces vertus médicinales ont été réétudiées. La littérature médicale a récemment décrit son utilisation dans le traitement de brûlures, de plaies infectées et d'ulcérations cutanées. Des résultats encourageants permettent ainsi d'étudier la possibilité de l'utiliser aussi dans le traitement des lésions de la muqueuse et des parodontites. Cet article discute la promotion de la santé buccale par le miel.

Le miel possède des propriétés antiseptiques significatives. Il contient du peroxyde d'hydrogène, des antioxydants et différents produits phytochimiques. La plupart des études sur ses propriétés thérapeutiques se sont centrées sur des plaies externes, mais de nombreuses caractéristiques observées devraient aussi s'appliquer en médecine dentaire. Il a été constaté que le miel contribue à éliminer une infection superficielle, à réduire un processus inflammatoire, à réduire un œdème et un exsudat, à favoriser la cicatrisation. Une étude a indiqué que le fait de placer du miel dans une alvéole après une extraction réduisait la douleur, les risques de complications et l'inflammation. Il existe depuis peu un pansement à base de miel gélifié destiné à être appliqué sur des ulcérations de la muqueuse et dans des cas de soins postopératoires. Les propriétés anti-inflammatoires et antiseptiques du miel devraient le rendre indiqué dans le traitement des lésions parodontales.

Il faut trouver des options pour mettre et maintenir en place du miel dans la cavité buccale, en utilisant par exemple un bon-

bon à base de miel. Plutôt que d'augmenter le risque de caries, le bonbon au miel va au contraire le réduire en raison de ses propriétés antibactériennes. Des études ayant mesuré l'activité antibactérienne du miel ont montré des variations significatives entre différents miels. Des miels dotés d'un taux élevé d'activité bactérienne devraient être sélectionnés et utilisés afin de remplacer le sucre raffiné des bonbons, contribuant ainsi au maintien de la santé bucco-dentaire. Ces bonbons devraient être confectionnés sans recourir à des températures élevées qui détruisent l'effet antibactérien escompté.

Il est possible que le miel puisse bientôt jouer un rôle thérapeutique en médecine dentaire. D'autres recherches devraient permettre d'identifier et d'évaluer des miels dotés d'un taux élevé d'activités à la fois antibactérienne et antioxydante.

Michel Perrier, Lausanne

Sucres et santé bucco-dentaire

Falco A: The lifetime impact of sugar excess and nutrient depletion on oral health

Gen Dent 49: 591-595, 2001

La carie dentaire est la principale maladie dont l'étiologie est une alimentation déséquilibrée, particulièrement chez les enfants et les aînés. Les parodontites conduisant à une édentation sont aussi aggravées par une alimentation mal équilibrée.

Cet article passe en revue les arguments mettant en évidence les effets de l'alimentation sur la santé bucco-dentaire, et particulièrement les effets d'un excès de consommation d'hydrates de carbone.

Le sucre est copieusement ajouté à une vaste quantité de produits alimentaires modernes. Les sucres ainsi utilisés sont