

UNIVERSITE D'AUVERGNE CLERMONT-FERRAND I
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2008

Thèse n°

T H E S E

Pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE-DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 5 décembre 2008

par

Céline DRIGEARD

(Né le 21 juin 1982)

**Détection et prise en charge des maltraitances :
enquête auprès des chirurgiens-dentistes du Puy-de-Dôme.**

J U R Y :

Président : Mademoiselle HENNEQUIN Martine, Professeur des Universités

Assesseurs : Madame ROGER-LEROI Valérie, Professeur des Universités

Madame MACHAT Estelle, Assistante des Universités

Monsieur CHAUMEIL Bernard, Maître de Conférences des

Universités Associé

A notre Présidente de jury,

Mlle Martine HENNEQUIN
Docteur en Chirurgie-Dentaire
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Odontologie Conservatrice, Endodontie

Pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury, veuillez recevoir, Mademoiselle, mes respectueux remerciements.

A nos assesseurs,

Mme Estelle MACHAT
Docteur en Chirurgie-Dentaire
Assistante des Universités

Pour avoir accepté de siéger dans ce jury, pour votre bienveillance au cours de ma formation, veuillez croire, Madame, en mes respectueux remerciements.

Mr Bernard CHAUMEIL
Docteur en Chirurgie-Dentaire
Maître de Conférences des Universités Associé
Informatique et pédagogie

Pour avoir accepté de siéger dans ce jury, pour vos conseils au cours de ces années d'études, veuillez croire, Monsieur, en mes respectueux remerciements.

A notre directrice de thèse,

Mme Valérie ROGER-LEROI
Docteur en Chirurgie-Dentaire
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Sciences biologiques

Pour votre aide à chaque étape de la réalisation de ce travail, pour votre disponibilité, votre gentillesse, la qualité de votre écoute et de vos enseignements durant toutes ces années d'études, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mes respectueux remerciements.

Table des matières

1-INTRODUCTION	5
2-MATERIELS ET METHODES	9
2-1 OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	9
2-2 POPULATION DE L'ETUDE	9
2-3 ELABORATION DU QUESTIONNAIRE	9
2-4 VALIDATION DU QUESTIONNAIRE.....	11
2-5 RECUEIL DES DONNEES.....	11
2-6 ANALYSE DES RESULTATS	12
3-RESULTATS	13
3-1 PROFIL DES REpondANTS	13
3-1-1 <i>Nombre de répondants</i>	13
3-1-2 <i>Année de diplôme des répondants</i>	13
3-1-3 <i>Milieu d'exercice des répondants</i>	14
3-1-4 <i>Formation sur la maltraitance reçue par les répondants</i>	14
3-2 CONNAISSANCES DES REpondANTS.....	15
3-2-1 <i>Sensibilisation des répondants au problème de la maltraitance</i>	15
3-2-2 <i>Les différents types de maltraitance</i>	15
3-2-3 <i>Populations touchées</i>	16
3-3 EXERCICE QUOTIDIEN ET MALTRAITANCE	16
3-3-1 <i>Questionnaire médical</i>	16
3-3-2 <i>Cas de maltraitance rencontrés ou suspectés par les chirurgiens-dentistes</i>	17
3-3-3 <i>Types de patients concernés</i>	17
3-3-4 <i>Les signes d'alerte</i>	17
3-3-5 <i>Attitudes et suivi des cas de maltraitance</i>	18
3-4 FORMATION ET MALTRAITANCE	19
3-4-1 <i>Compétences</i>	19
3-4-2 <i>Connaissance des ressources utiles</i>	20
3-4-3 <i>Auto-évaluation par EVA</i>	20
3-4-4 <i>Demande de formation sur le sujet de la maltraitance</i>	21
3-4-5 <i>Thèmes à aborder ou à approfondir</i>	22
3-4-6 <i>Le rôle que peut jouer le chirurgien-dentiste</i>	23

3-5 CROISEMENT DES DONNEES.....	23
3-5-1 Attitudes des chirurgiens-dentistes face à un cas de maltraitance	23
3-5-2 Compétences dans la détection de la maltraitance	24
3-5-3 Sensibilisation au problème de la maltraitance	24
3-5-4 Rôle du chirurgien-dentiste.....	25
4-DISCUSSION	26
4-1 METHODOLOGIE.....	26
4-2 PROFIL DES REpondANTS	26
4-3 CONNAISSANCES SUR LE SUJET DE LA MALTRAITANCE.....	27
4-4 EXERCICE QUOTIDIEN ET MALTRAITANCE	29
4-5 ATTITUDES DES CHIRURGIENS-DENTISTES DEVANT UN CAS DE MALTRAITANCE.....	31
4-6 MALTRAITANCE ET FORMATION.....	33
5-CONCLUSION.....	35
6-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	34
7-ANNEXES	39

Table des illustrations

Figure 1 : Nombre de répondants répartis par année de diplôme.....	13
Figure 2 : Répartition des répondants par milieu d'exercice	14
Figure 3 : Nombre de répondants ayant reçu une formation sur la maltraitance.....	14
Figure 4 : Sensibilisation des répondants à la maltraitance.....	15
Figure 5 : Qu'est-ce que la maltraitance selon les répondants ?	16
Figure 6 : Types de patients concernés par la maltraitance rencontrés par les répondants	17
Figure 7 : Attitudes des praticiens	18
Figure 8 : Demande de formation par les répondants.....	21
Figure 9 : Avis des répondants sur le rôle que peut jouer le chirurgien-dentiste en matière de maltraitance.	23
Tableau 1 : Auto-évaluation par EVA.....	20
Tableau 2 : Thèmes à aborder ou à approfondir selon les répondants	22

1-Introduction

La maltraitance ou plutôt les maltraitements sont un concept récent qui s'est développé principalement aux cours des 20 dernières années. D'abord appliqué au domaine des enfants, ce concept a ensuite été étendu à l'ensemble des personnes vulnérables.

Toutes les études s'accordent sur la difficulté à donner une définition précise de la maltraitance [18]. La plus complète, et parmi les plus récentes, est certainement celle fournie par le groupe de travail du Conseil de l'Europe sur « La protection des adultes et enfants handicapés contre les abus » (2002). Il s'agit de : « Tout acte, ou omission, qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien-être général d'une personne vulnérable, y compris les relations sexuelles ou les opérations financières auxquelles elle ne consent ou ne peut consentir valablement, ou qui visent délibérément à l'exploiter. » (L'Encyclopédie de l'Agora) [7].

En 1992, le Conseil de l'Europe avait déjà décrit une typologie des actes de maltraitance (Conseil Général du Département du Nord) [5]:

-**Violences physiques** : coups, brûlures, ligotages, soins brusques sans information ou préparation, non satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtres (dont euthanasie)...

-**Violences psychiques ou morales** : langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantages, abus d'autorité, comportement d'infantilisation, non respect de l'intimité, injonctions paradoxales ...

-**Violences matérielles et financières** : vols, exigence de pourboires, escroqueries diverses, locaux inadaptés...

-**Violences médicales ou médicamenteuses** : manque de soins de base, non information sur les traitements ou les soins, abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques, défaut de soins de rééducation, non prise en compte de la douleur...

-**Négligences actives** : toutes formes de sévices, abus, abandons, manquements pratiqués avec la conscience de nuire.

-**Négligences passives** : négligences relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage.

-**Privation ou violation de droits** : limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, d'une pratique religieuse...

Le concept de violence ou maltraitance s'applique de nos jours à toutes les personnes en situation de vulnérabilité c'est-à-dire les enfants, les personnes âgées ou malades, les personnes handicapées, les femmes.

C'est pourquoi d'autres définitions complètent de manière plus précise chacune des situations concernées.

Ainsi, en 1999, au cours de la consultation de l'OMS sur la prévention de la maltraitance de l'enfant, la définition suivante a été proposée :

« La maltraitance de l'enfant s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de 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. » (Rapport : consultation sur la prévention de la maltraitance de l'enfant, OMS, 1999 ; repris dans le Rapport mondial sur la violence et la santé, OMS, 2002) [16].

De même, la définition de l'OMS sur les violences conjugales, inclut :

« Tout acte de violence fondé sur l'appartenance au sexe féminin, causant ou susceptible de causer aux femmes des dommages ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, et comprenant la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée. » (Déclaration de l'ONU sur l'élimination de la violence contre les femmes, 1993) [15].

La maltraitance des personnes âgées est « un acte commis ou omis, auquel cas on parle habituellement de « négligence », elle est soit intentionnelle, soit involontaire. La maltraitance peut être physique ou psychologique, avec des agressions verbales, notamment. Elle peut aussi passer par de mauvais traitements sur le plan financier ou matériel. Quel qu'en soit le type, la maltraitance entraînera certainement des souffrances ou des douleurs inutiles, la perte ou la violation de droits de l'homme et une dégradation de la qualité de vie de la personne âgée. » (Hudson, 1991 ; repris par le Rapport mondial sur la violence et la santé, OMS, 2002) [16].

Les chiffres nationaux montrent que la maltraitance est un phénomène de société alarmant. Chaque année, environ 19 000 enfants maltraités sont signalés en France (données ODAS : Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée, rapport 2005) [14].

Deux enfants meurent chaque jour de violence dans notre pays [19].

Tous les 3 jours, en France, une femme meurt, victime de violences conjugales (Violences conjugales chiffres et mesures, Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement, Ministère délégué à la Cohésion sociale et à la Parité, 2006) [12].

10% des femmes seraient victimes de violences conjugales dans notre pays (enquête Enveff : Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France, 2000 ; Rapport Henrion : les victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé, 2001) [9] [20].

D'après l'AFPAP (Association Française de Protection et d'Assistance aux Personnes Agées), la maltraitance concernerait plus de 5% des personnes âgées de plus de 65 ans soit plus de 600000 personnes en France [6]. En 2005, l'ALMA (ALiô MALtraitance des personnes âgées et/ou des personnes handicapées) signale 5331 appels pour des cas de maltraitance sur personnes âgées à domicile [3]. 311 faits de maltraitance en institution ont été portés à la connaissance des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) en 2005 [11].

En ce qui concerne les personnes handicapées, les statistiques sont assez insignifiantes car quasi inexistantes et très partielles.

Le chirurgien-dentiste prend en charge la santé bucco-dentaire de ses patients mais, en tant que professionnel de santé, il participe aussi à la santé générale de la population. En cela, il est un acteur dans la prévention et le dépistage de certaines pathologies ou problèmes plus globaux. La maltraitance est donc un sujet auquel il peut être confronté. L'UFR d'Odontologie de Clermont-Ferrand ne propose pas de module spécifique d'enseignement dédié au sujet de la maltraitance. Ce problème est abordé dans le curriculum au travers de différentes disciplines comme la pédodontie et les soins aux populations à besoins spécifiques (personnes âgées, personnes handicapées).

En 2007, au cours de sa thèse d'exercice, Magali Baptiste a demandé à des étudiants de fin de cursus et à de jeunes diplômés d'évaluer leurs compétences professionnelles. Ces dernières avaient toutes été tirées du texte issu d'un consensus de toutes les facultés dentaires membres de l'ADEE (Association for Dental Education in Europe) sur le profil du chirurgien-dentiste européen et ses compétences professionnelles [1].

« Reconnaître les signes d’abus, maltraitance et abandon envers les patients et en informer les instances légales compétentes » fait partie des compétences présentes dans ce texte. Pourtant elle était une de celles qui était les moins acquises par les étudiants et les jeunes diplômés de notre faculté. De manière surprenante, elle ne faisait pas partie des cinq compétences qui devaient, selon eux, être améliorées au cours de la formation initiale, ce qui laissait peut-être supposer que, pour eux, cette compétence n’appartenait pas au profil du chirurgien-dentiste français contrairement à ce que suggérait l’ADEE.

Pour répondre à cette question ainsi que pour évaluer les connaissances des chirurgiens-dentistes sur le sujet de la maltraitance, pour repérer leurs comportements face à ce problème, définir leurs attentes et en tirer des conclusions sur la formation à apporter sur ce thème aux futurs praticiens, nous avons décidé d’interroger au moyen d’un questionnaire l’ensemble des chirurgiens-dentistes omnipraticiens exerçant dans le département du Puy-de-Dôme.

2-Matériels et méthodes

2-1 Objectifs de l'étude

Cette étude a pour objectifs :

- d'évaluer les connaissances des chirurgiens-dentistes omnipraticiens du Puy-de-Dôme sur la maltraitance que peuvent subir leurs patients dans leur sphère intime (famille, amis, soignants, aidants)
- d'évaluer les comportements des chirurgiens-dentistes omnipraticiens du Puy-de-Dôme face à ce problème dans leur pratique quotidienne
- d'évaluer les besoins en formation initiale et continue sur ce sujet.

2-2 Population de l'étude

L'étude a été menée auprès d'une population de praticiens du Puy-de-Dôme déterminée comme suit.

Nous avons combiné deux listes de chirurgiens-dentistes : celle des chirurgiens-dentistes du Puy-de-Dôme établie par le Département de Formation Continue de l'UFR d'Odontologie de Clermont-Ferrand (qui dérive du fichier du Conseil Départemental de l'Ordre) et celle des chirurgiens-dentistes omnipraticiens des Pages Jaunes de l'annuaire de La Poste afin d'avoir accès aux collaborateurs récents et non mentionnés sur la première.

De la combinaison de ces deux listes ont été retirés :

- les praticiens orthodontistes exclusifs
- les chirurgiens maxillo-faciaux ayant une activité en clinique, à l'hôpital ou en cabinet
- les praticiens-conseil de la Sécurité Sociale
- les praticiens n'exerçant plus pour cause de maladie

La population d'étude était donc constituée de 418 chirurgiens-dentistes omnipraticiens du département.

2-3 Elaboration du questionnaire

Cette étude est une auto-évaluation par les répondants de leurs connaissances et de leurs pratiques professionnelles face au problème de la maltraitance.

Le questionnaire est composé de 4 parties : (annexe 1)

-partie 1 : profil

Elle comprend 4 questions permettant d'établir le profil du répondant : sexe, année de diplôme, milieu d'exercice (urbain/rural) et formation reçue sur la maltraitance.

-partie 2 : connaissances

Elle comprend 3 questions ayant pour but d'évaluer les connaissances du répondant sur les différents types de maltraitance et les populations touchées, mais aussi de savoir si les chirurgiens-dentistes se sentent interpellés par ce problème en tant que professionnels de santé.

-partie 3 : exercice quotidien et maltraitance

Cette partie a pour objectifs :

- de faire une estimation du nombre de chirurgiens-dentistes du département qui ont déjà été confrontés à des cas de maltraitance ou qui en ont suspecté au cours de leur activité professionnelle

- de décrire les patients victimes et les circonstances de détection de la maltraitance au cabinet dentaire

- d'étudier les comportements des chirurgiens-dentistes face à de tels cas et en comprendre les mécanismes.

Elle comporte 9 questions dont 4 à choix multiples.

-partie 4 : formation et maltraitance

Les 10 questions de cette dernière partie comportent des questions à choix multiples, des QROC (Questions à Réponses Ouvertes et Courtes) ainsi qu'une auto-évaluation des connaissances des chirurgiens-dentistes par le biais d'EVA (Echelles Visuelles Analogiques). Pour ces dernières questions, le répondant est invité à évaluer son niveau de connaissance par un trait vertical sur une échelle non graduée allant de 0 (pas du tout) à 10 (tout à fait). Le relevé se fait au moyen d'une règle graduée et donne une note comprise entre 0 et 10.

Une des questions propose également au répondant de procéder au classement de thèmes liés à la maltraitance et qui mériteraient, selon lui, d'être abordés ou approfondis lors de la formation professionnelle initiale ou continue.

Enfin, un espace libre dédié aux commentaires et autres remarques permet au répondant de s'exprimer en dehors du cadre des questions de l'étude.

Cette quatrième partie a pour but, par l'intermédiaire de questions plus précises, de se faire une idée du niveau de connaissances et de compétences des chirurgiens-dentistes face à la maltraitance et d'en tirer les conclusions qui s'imposent en matière de formation.

2-4 Validation du questionnaire

Le questionnaire ainsi élaboré a été soumis à une population d'étudiants en chirurgie-dentaire de 5ème et 6ème années ainsi qu'à des enseignants du Centre de Soins Dentaires de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand ne faisant pas partie de la population d'étude (effectif total de 21 personnes).

Ces étudiants et enseignants nous ont fait part de leurs commentaires et remarques tant sur le fond que la forme du questionnaire. Les modifications apportées à ce dernier ont surtout consisté à reformuler certaines questions afin d'en faciliter la compréhension et éviter les lourdeurs.

Ainsi, le questionnaire final a été mis au point.

2-5 Recueil des données

Le questionnaire a été envoyé aux praticiens sélectionnés pour l'étude entre le mois d'avril et le mois de mai 2008. Il était accompagné d'une lettre d'introduction présentant le thème et les objectifs de l'enquête. Le questionnaire était anonyme et l'étude basée sur le principe du volontariat. Une enveloppe pré-timbrée pour le retour était jointe au courrier.

Nous avons pris en compte dans cette thèse toutes les réponses envoyées jusqu'à fin août 2008. Il n'a pas été fait de rappel ni de relance pour les non répondants, que ce soit par courrier, par téléphone ou par e-mail.

2-6 Analyse des résultats

Les données ont été rentrées sur le logiciel Microsoft Excel®1997. Les résultats ont été principalement analysés de manière descriptive. Cependant, des liens possibles ont été recherchés par test du χ^2 ($p < 0,05$) entre les données suivantes :

- caractéristiques du répondant (sexe, année du diplôme, milieu d'exercice et formation reçue) avec les différentes attitudes qu'il peut avoir face à un cas de maltraitance
- les différentes attitudes d'un praticien selon qu'il ait déjà rencontré ou suspecté un cas de maltraitance ou non.

En ce qui concerne la question 25, pour laquelle les répondants devaient classer par ordre d'importance les thèmes liés à la maltraitance qu'ils souhaitaient voir abordés ou approfondis au cours de leur formation, nous avons traité les résultats en attribuant à chaque réponse un coefficient de pondération : un point pour la compétence méritant le moins d'être approfondie, jusqu'à 5 points pour celle jugée la plus à approfondir d'après le répondant.

Les commentaires notés par les participants lors de la question ouverte en fin de questionnaire ont été pris en compte, analysés et répertoriés séparément.

3-Résultats

3-1 Profil des répondants

3-1-1 Nombre de répondants

Le nombre de répondants est de 228 soit un taux de réponse de 54,54%.

57,9% des participants sont des hommes et 42,1% des femmes.

3-1-2 Année de diplôme des répondants

Le tableau suivant décrit la population des répondants en fonction de leur année de diplôme.

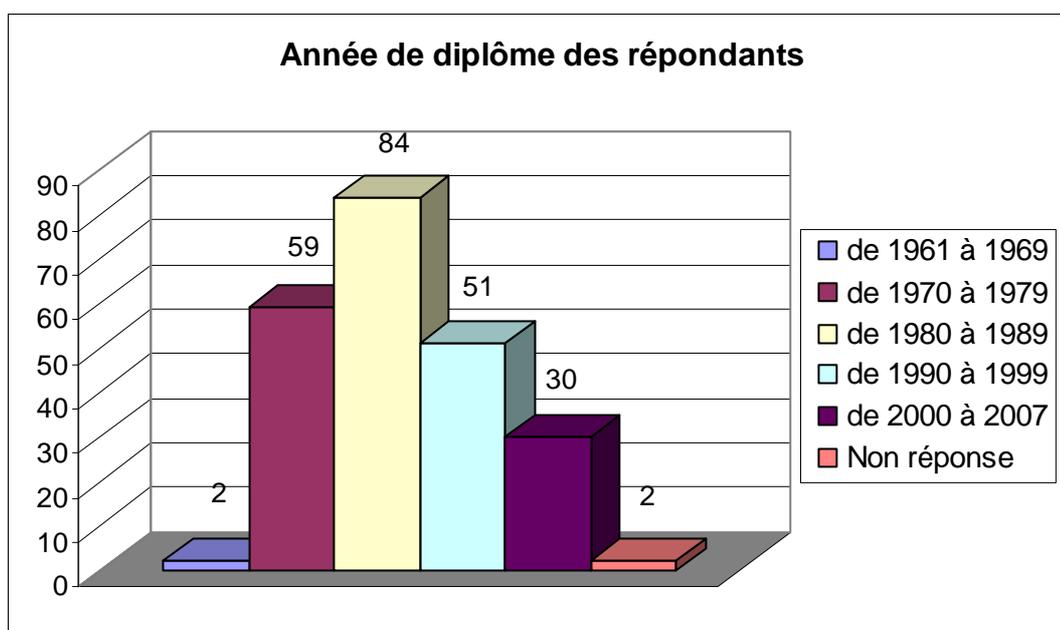


Figure 1 : Nombre de répondants répartis par année de diplôme

3-1-3 Milieu d'exercice des répondants

Les répondants exercent essentiellement en milieu urbain (population >2000 habitants).

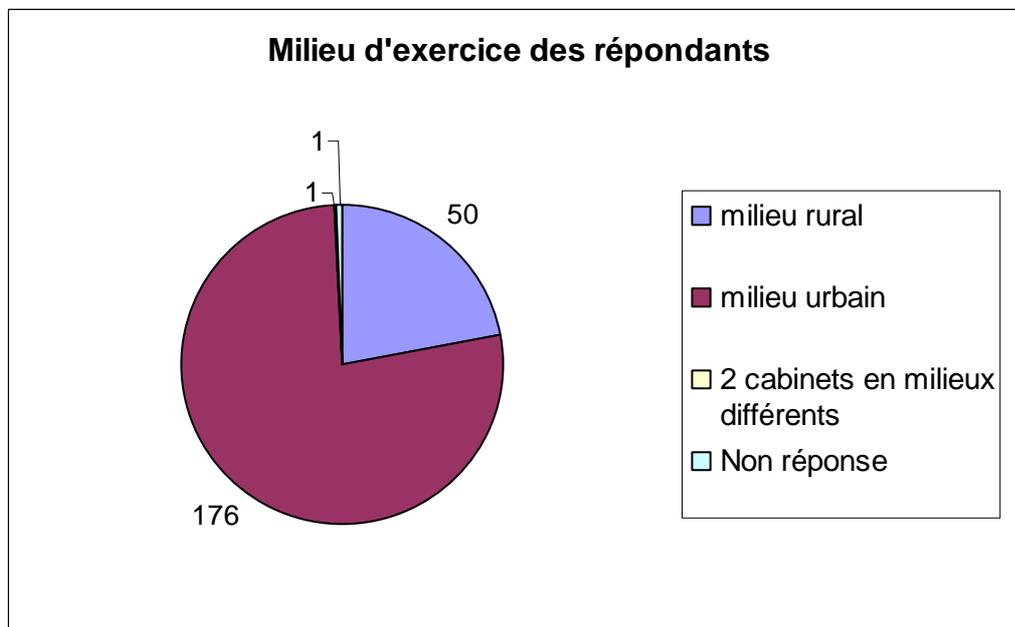


Figure 2 : Répartition des répondants par milieu d'exercice

3-1-4 Formation sur la maltraitance reçue par les répondants

93,8% des répondants n'ont jamais eu de formation concernant la maltraitance.

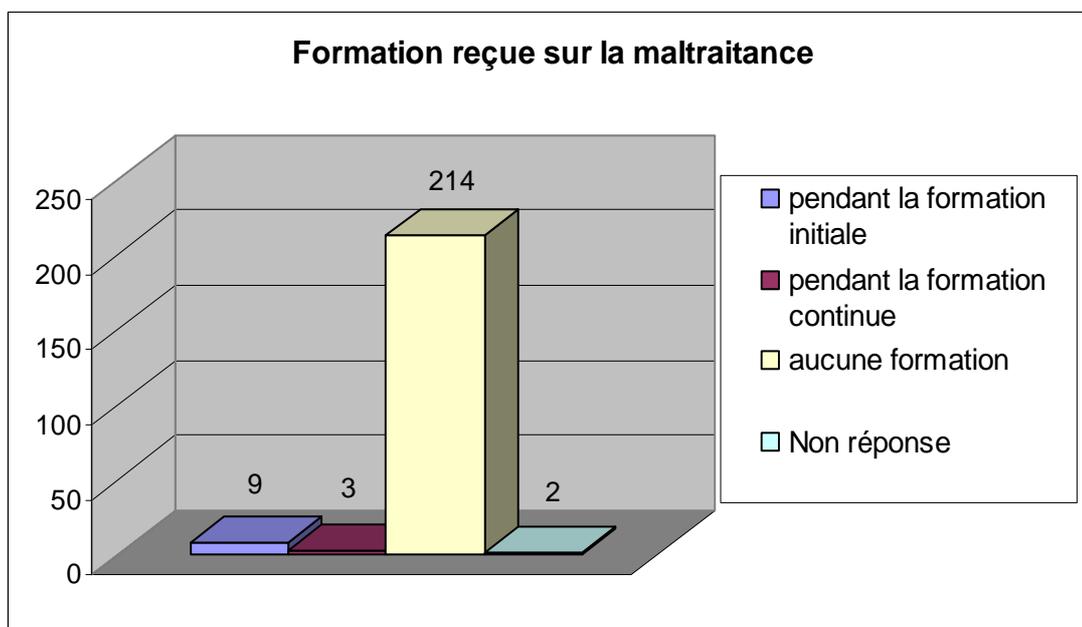


Figure 3 : Nombre de répondants ayant reçu une formation sur la maltraitance

3-2 Connaissances des répondants

3-2-1 Sensibilisation des répondants au problème de la maltraitance

A la question « Vous sentez-vous concerné(e), touché(e), interpellé(e) par le problème de la maltraitance en tant que professionnel de santé », plus de 80% des participants répondent positivement.

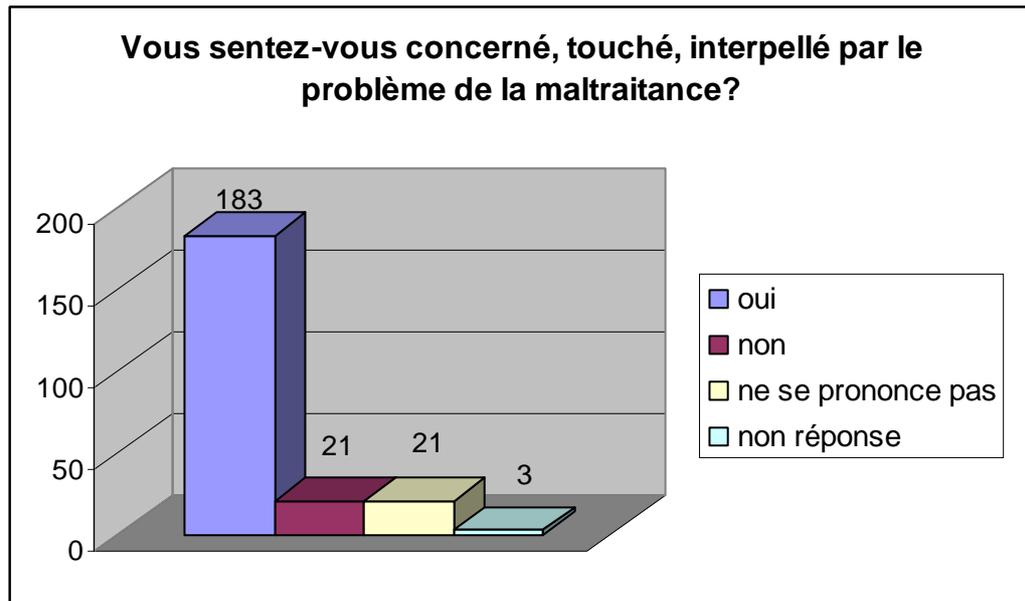


Figure 4 : Sensibilisation des répondants à la maltraitance

3-2-2 Les différents types de maltraitance

Nous avons demandé aux praticiens quelles étaient, selon eux, les situations relevant réellement de la maltraitance. Plusieurs réponses étaient possibles. Les 3 réponses principales ont été la maltraitance physique, la maltraitance psychologique et la maltraitance sexuelle. La maltraitance financière est la moins citée par les chirurgiens-dentistes. (Fig 5)

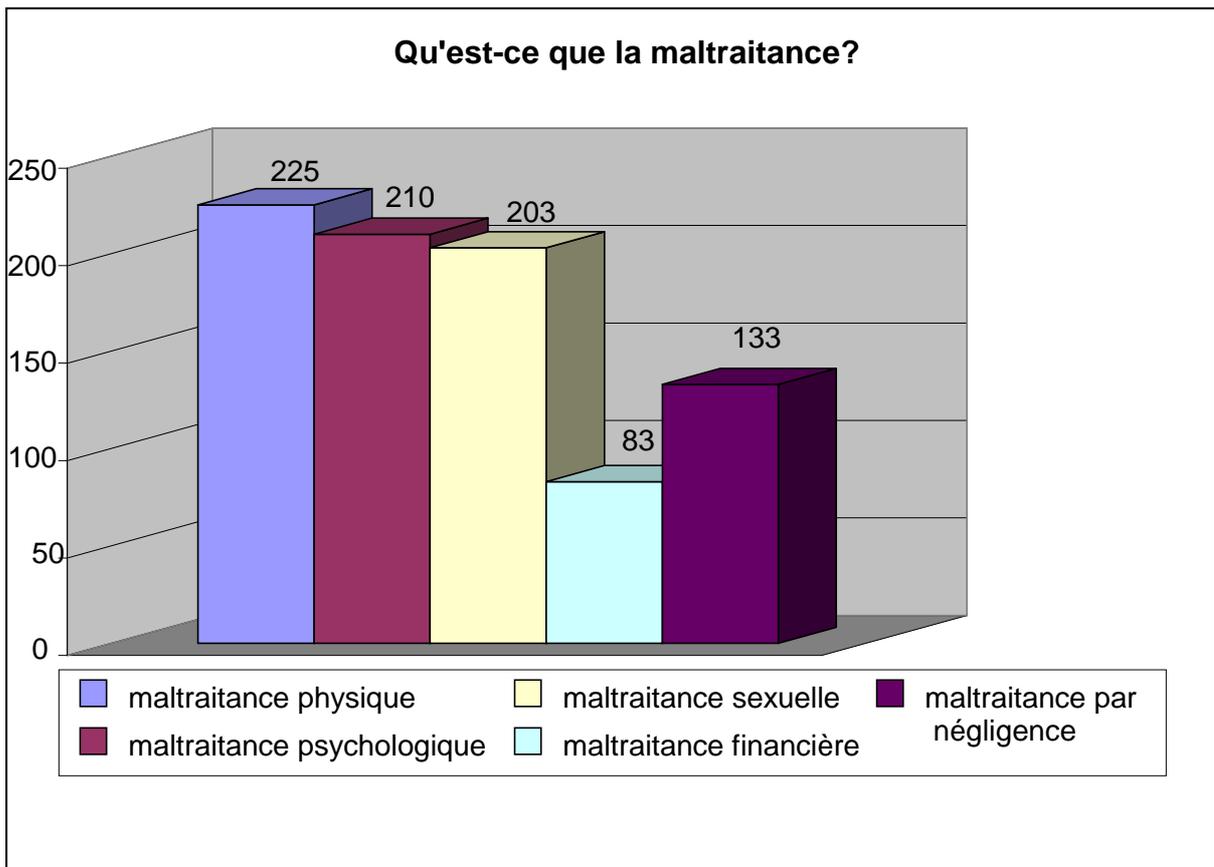


Figure 5 : Qu'est-ce que la maltraitance selon les répondants ?

3-2-3 Populations touchées

A propos de la connaissance des populations les plus touchées par la maltraitance, les praticiens répondent à 80% que ce problème concerne toutes les populations sans distinction de niveau social, d'âge ou d'origine. Ils sont malgré tout 19,3% à penser que la maltraitance touche surtout les populations les plus défavorisées.

3-3 Exercice quotidien et maltraitance

3-3-1 Questionnaire médical

94,7% des chirurgiens-dentistes interrogent régulièrement leurs patients sur leur état de santé mais seuls 5,7% incluent dans cet entretien une recherche plus spécifique de la maltraitance ou de la violence domestique.

3-3-2 Cas de maltraitance rencontrés ou suspectés par les chirurgiens-dentistes

36% des répondants déclarent avoir déjà rencontré un ou des cas de maltraitance au cours de leur exercice professionnel et 48,2% déclarent en avoir déjà suspectés.

3-3-3 Types de patients concernés

Les patients victimes de maltraitance rencontrés au cabinet dentaire sont principalement des femmes et des enfants.

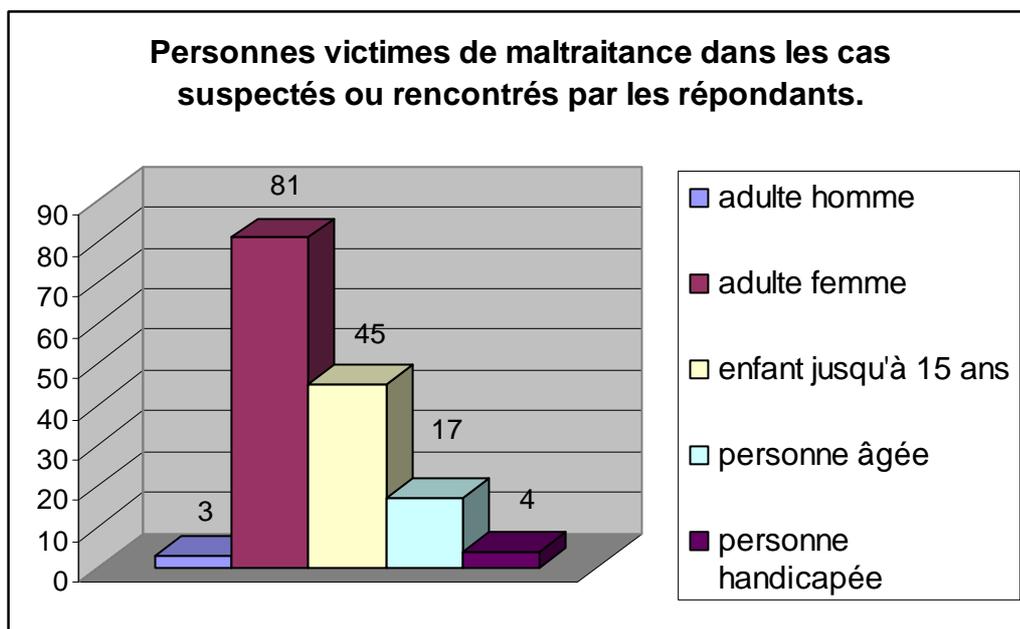


Figure 6 : Types de patients concernés par la maltraitance rencontrés par les répondants

3-3-4 Les signes d'alerte

Parmi les signes ayant alerté ou attiré l'attention des praticiens, aucun ne se dégage particulièrement. Les chirurgiens-dentistes se sont trouvés confrontés tout aussi bien à l'aveu de la victime, qu'à des lésions oro-faciales induites par les abus (ou d'autres lésions corporelles) ainsi qu'à des attitudes inhabituelles ou suspectes de la part de leurs patients ou de l'entourage de ces derniers.

3-3-5 Attitudes et suivi des cas de maltraitance

Lorsqu'ils ont rencontré ou suspecté un cas de maltraitance, les chirurgiens-dentistes déclarent à 59,2% avoir cherché à savoir au cours des rendez-vous suivants si leur patient avait trouvé de l'aide. Mais ils sont 35,2% à ne pas le faire.

Nous avons voulu savoir quelle était l'attitude des praticiens face à un cas de maltraitance avéré ou suspecté. La majorité des répondants déclare appeler un autre praticien médical pour en parler (médecin traitant, pédiatre) ou en discuter avec la victime mais sans pouvoir l'orienter précisément. Les différentes attitudes sont décrites dans la figure ci-dessous.

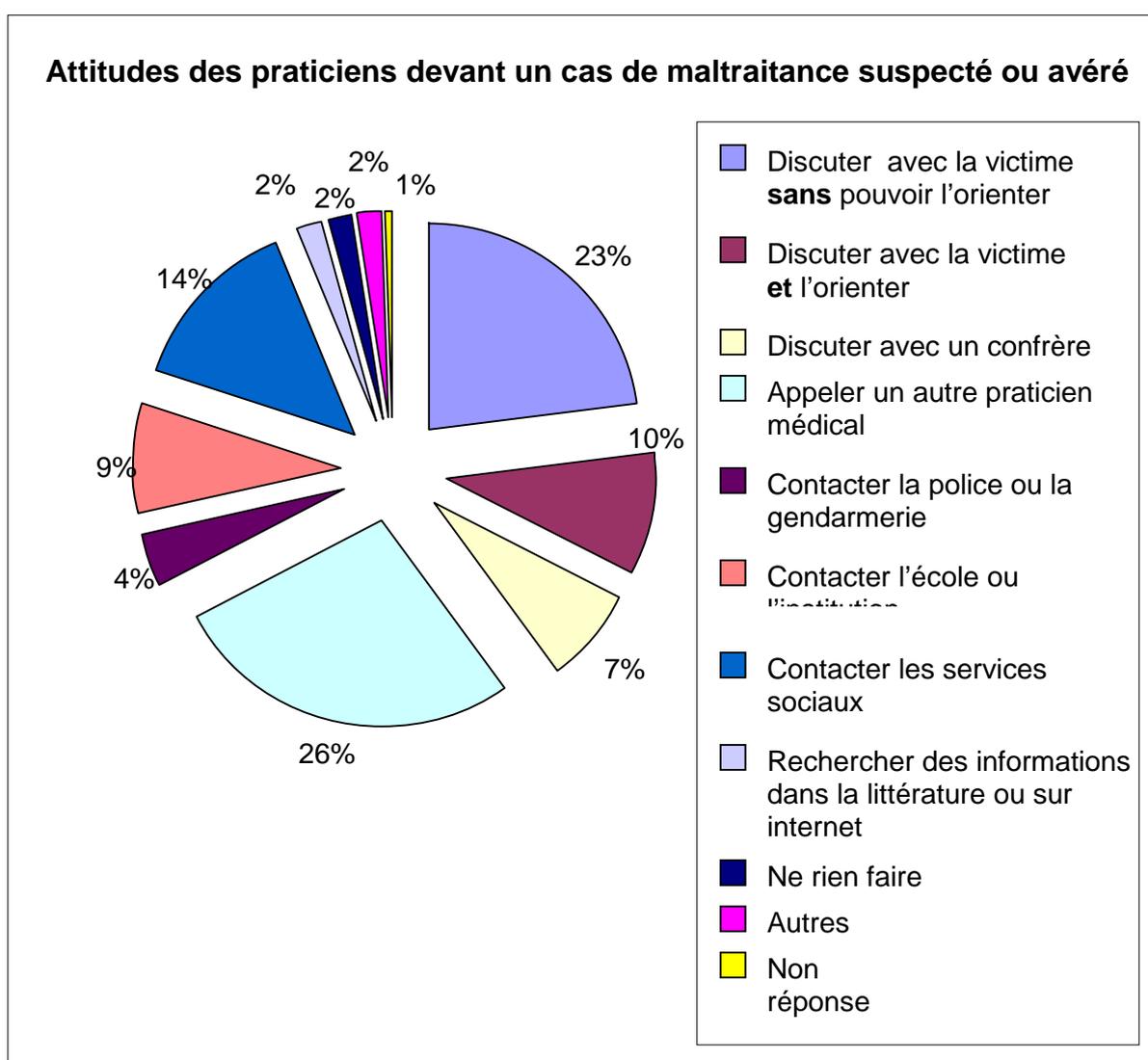


Figure 7 : Attitudes des praticiens

Dans la rubrique « autres », qui représente 2% des répondants, on retrouve un chirurgien-dentiste contactant le Procureur de la République, un autre contactant le Préfet. Certains estiment adapter leur comportement en fonction de la situation et de la personne victime. D'autres enfin préfèrent porter plus attention au patient concerné et rester en alerte au cours des rendez-vous suivants.

Seuls 2% des chirurgiens-dentistes ne font rien lorsqu'ils rencontrent un cas de maltraitance. Malgré tout, 66,6% des répondants ont voulu nous répondre sur les raisons qui les pousseraient à ne rien faire.

59,8% d'entre eux déclarent manquer de compétences et de connaissances sur le sujet de la maltraitance, 53,3% ne connaissent pas les conséquences que leur action pourrait avoir sur leur patient et 49,3% ne connaissent pas leurs droits et devoirs. Très peu de répondants estiment que la méconnaissance des conséquences de leur action sur leur propre exercice professionnel ou sur leur vie personnelle les freine dans leur envie d'agir (10,5%). Seuls 2,8% des participants déclarent manquer de temps pour intervenir auprès des victimes.

Aucun répondant n'estime que ce type de prise en charge doive être valorisé mais 8,5% estiment que ce n'est pas le rôle du chirurgien-dentiste d'entreprendre quelque chose face à un cas de maltraitance.

Parmi les autres causes qui poussent les chirurgiens-dentistes à ne rien faire, 1,75% ont peur de se tromper ou de suspecter à tort. 2 praticiens sur les 228 répondants ne font pas confiance aux services sociaux et un seul répondant déclare « ne pas vouloir d'ennuis par la suite ».

3-4 Formation et maltraitance

3-4-1 Compétences

Seuls 9,6% des répondants déclarent se sentir compétents pour déceler une maltraitance contre 50,3% qui s'estiment clairement incompetents en la matière. Les autres ont répondu ne pas savoir.

De même, 23,7% des répondants se sentent capables d'orienter une victime potentielle alors que 74,1% déclarent en être incapables.

3-4-2 Connaissance des ressources utiles

Nous avons testé les connaissances des chirurgiens-dentistes concernant différents sites internet et numéros de téléphones traitant de la maltraitance et pouvant leur fournir des informations sur le sujet. Ils sont 82,9% à ne connaître aucun des sites internet cités (Ministère de la Santé, violence.fr, ALMA). 13,1% ne connaissent que le site du Ministère de la Santé.

En ce qui concerne les numéros de téléphone, aucun répondant ne connaît celui dédié aux femmes victimes de violence (3919) et le numéro de « Allo enfance maltraitée » (119) n'a pu être donné que par 2,2% des chirurgiens-dentistes. 222 répondants sur 228 ne connaissent ni l'un ni l'autre des numéros demandés.

3-4-3 Auto-évaluation par EVA

Les praticiens ont estimé leur niveau de connaissance sur une EVA concernant deux thèmes mentionnés dans le tableau ci-dessous :

	Connaissance des structures, centres médicaux, réseaux de soins ou associations compétentes en matière de maltraitance dans la région	Connaissances, sur un plan légal, des droits et devoirs du chirurgien-dentiste face à la maltraitance
Note moyenne d'auto-évaluation (sur 10)	1,16	1,80
Ecart type	1,44	2,25

Tableau 1 : Auto-évaluation par EVA

3-4-4 Demande de formation sur le sujet de la maltraitance

Trois quarts des praticiens souhaitent être mieux formés sur la détection et la prise en charge de la maltraitance.

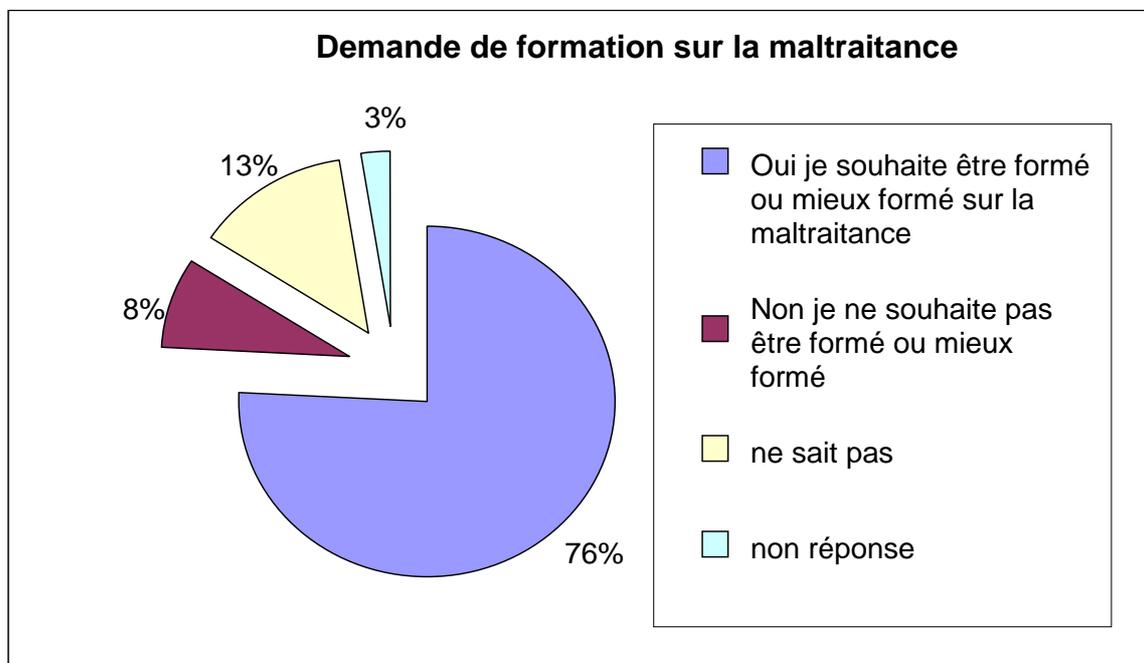


Figure 8 : Demande de formation par les répondants

3-4-5 Thèmes à aborder ou à approfondir

La majorité des répondants a classé les cinq propositions mentionnées dans notre questionnaire. Très peu d'entre eux ont exclu l'une d'entre elles.

	Rang d'importance	Nombre de points total	Nombre de points moyen
Détection de la maltraitance par le chirurgien-dentiste (signes, lésion, comportement associé...)	1	854	4,14
Cadre médico-légal (signalements, droits et obligations du chirurgien-dentiste, rédaction de certificats médicaux...)	2	643	3,12
Connaissance sur les réseaux de soins, services de victimologie, associations, numéros de téléphones et sites internet utiles	3	569	2,76
Approche psychologique et accompagnement des victimes	4	538	2,61
Prise en charge des lésions oro-faciales et/ou dentaires associées à la maltraitance	5	414	2,14
Non répondu		22	

Tableau 2 : Thèmes à aborder ou à approfondir selon les répondants

3-4-6 Le rôle que peut jouer le chirurgien-dentiste

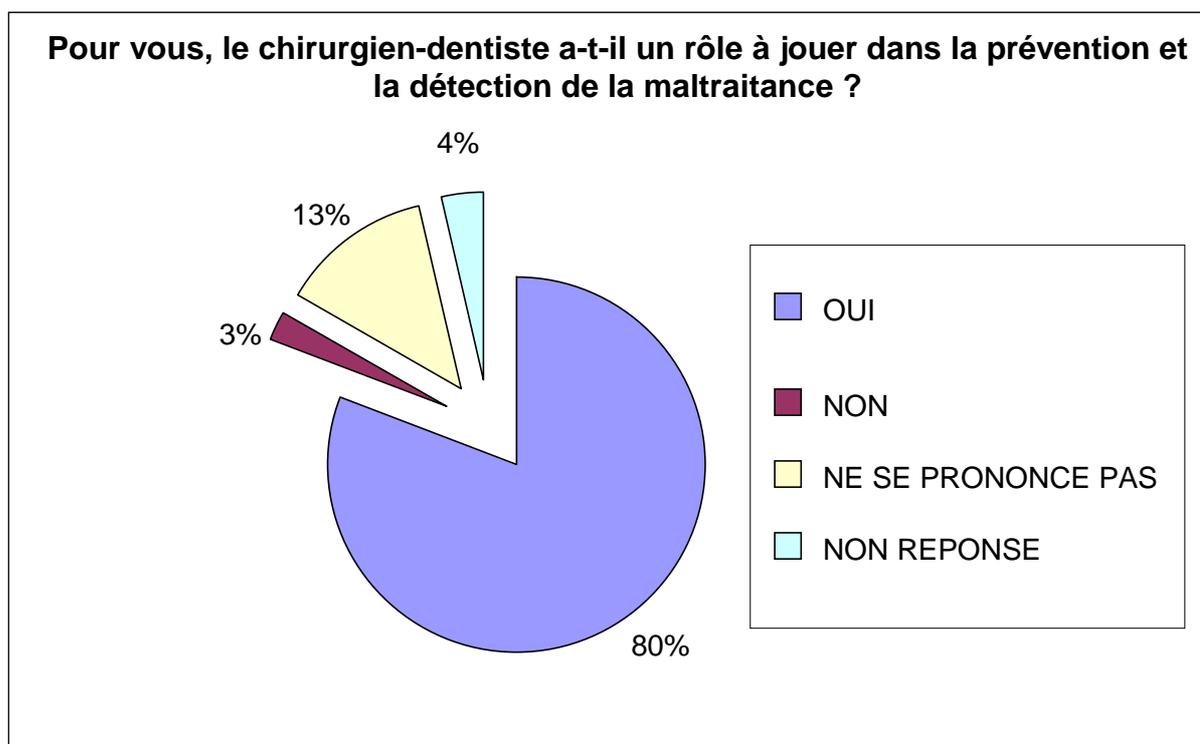


Figure 9 : Avis des répondants sur le rôle que peut jouer le chirurgien-dentiste en matière de maltraitance.

Une très large majorité de répondants estime que le chirurgien-dentiste a un rôle à jouer dans la détection et la prévention de la maltraitance.

3-5 Croisement des données

Des liens possibles entre certaines données ont été recherchés par le test du χ^2 ($p < 0,05$).

Nous avons utilisé les méthodes du χ^2 de Pearson et le test exact de Fischer.

3-5-1 Attitudes des chirurgiens-dentistes face à un cas de maltraitance

En croisant les données de Q10 et Q15, certains résultats sont significatifs :

les praticiens n'ayant jamais rencontré de cas de maltraitance au cours de leur exercice professionnel savent moins bien orienter les patients victimes.

Les chirurgiens-dentistes ayant déjà été confrontés à la maltraitance cochent plus facilement « je discute avec le ou la patient(e) **ET** je sais l'orienter précisément vers des professionnels ou des centres de soutien »

De même, les praticiens qui ont déjà rencontré des patients victimes appellent moins souvent un autre praticien médical pour discuter de la situation et contactent moins la police et la gendarmerie.

Il ne ressort rien de significatif dans le croisement des données de Q10 et Q16 : ce n'est pas parce qu'un praticien a déjà rencontré un cas de maltraitance qu'il répond différemment aux raisons qui l'empêcheraient de donner suite à une telle situation.

3-5-2 Compétences dans la détection de la maltraitance

En croisant les réponses aux questions Q10 et Q17, on ne retrouve pas de différence significative : les praticiens qui ont déjà rencontré un cas de maltraitance au cours de leur exercice ne se sentent pas pour autant plus compétents dans la détection.

3-5-3 Sensibilisation au problème de la maltraitance

Il n'y a pas de différence de sensibilisation au sujet de la maltraitance en fonction du sexe (croisement Q1 et Q5).

Nous avons cherché à savoir si les praticiens diplômés depuis l'an 2000 étaient plus sensibilisés au problème. En effet, c'est en 1994 qu'a été mise en place la réforme des études odontologiques dans laquelle la notion de maltraitance elle-même n'est pas intégrée au curriculum mais où d'autres enseignements, jusqu'ici absents, font leur apparition tels que la psychologie et la prise en charge des personnes à besoins spécifiques. La première promotion d'étudiants ayant bénéficié de cette réforme a donc été celle des diplômés de l'an 2000. Aucune différence significative n'existe entre les diplômés d'avant 2000 et ceux d'après cette date concernant leur sensibilité au problème de la maltraitance (croisement Q2 et Q5).

Pour ce qui est du milieu d'exercice des répondants et de leur formation sur la maltraitance (Q3-Q4), aucun de ces deux critères n'influence de manière significative la sensibilisation des répondants à la maltraitance.

3-5-4 Rôle du chirurgien-dentiste

Les résultats ne sont pas statistiquement significatifs en ce qui concerne le sexe des répondants et leur vision du rôle du chirurgien-dentiste face à la maltraitance. Toutefois les femmes tendent plus que les hommes à penser que le chirurgien-dentiste a un rôle à jouer dans la détection et la prévention de la maltraitance. (p=0,081)

Ni l'année de diplôme (avant/après 2000), ni le milieu d'exercice (urbain/rural), ni la formation reçue sur le sujet n'influencent de manière significative la vision des répondants sur le rôle que peut jouer le chirurgien-dentiste en matière de maltraitance.

4-Discussion

Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer les connaissances et d'étudier les comportements des chirurgiens-dentistes face à un problème de santé publique en dehors de la sphère oro-faciale : la maltraitance.

Il s'agissait de savoir dans quelle mesure les praticiens sont confrontés au problème de la maltraitance au sein de leur patientèle, quelles sont leurs attitudes face à de tels cas et d'en tirer des conclusions afin de faire des propositions adaptées en matière de formation.

4-1 Méthodologie

L'enquête a été menée auprès des chirurgiens-dentistes omnipraticiens du Puy-de-Dôme. Nous avons exclu les praticiens ayant un exercice spécialisé (ODF, chirurgiens maxillo-faciaux, praticiens-conseil). Nous voulions en effet éviter des conclusions biaisées par la sélection d'un certain type de patientèle (très fort taux d'enfants chez les ODF), par un milieu d'exercice particulier (clinique ou hôpital pour les chirurgiens maxillo-faciaux) ou par un exercice professionnel atypique (absence de contact avec les patients pour les praticiens-conseil).

Le taux de réponse à notre enquête est relativement élevé avec 54,54% de participation au questionnaire et ce, sans qu'il ait été fait de rappel de quelque manière que ce soit. Des enquêtes similaires avaient atteint des taux de réponse de 42% et 56% mais après deux voire trois rappels (Love et Gerbert, 2001 ; Skelton, 2007) [20] [25]. Ceci semble montrer que les praticiens sont intéressés par le thème de notre étude et qu'ils souhaitent donner leur avis sur la formation donnée à l'UFR. Plusieurs d'entre eux d'ailleurs ont demandé, lors de la question ouverte, comment obtenir par la suite les résultats de cette enquête.

4-2 Profil des répondants

57,9% des chirurgiens-dentistes ayant répondu sont des hommes et 42,1% des femmes. La majorité a été diplômée entre 1980 et 1989 et a un exercice urbain (population >2000 habitants). Ces données sont représentatives de la population des chirurgiens-dentistes du Puy-de-Dôme en ce qui concerne le sexe. En revanche, on constate que, proportionnellement, les plus de cinquante ans ont moins répondu que les plus jeunes [17].

93,8% des chirurgiens-dentistes déclarent n'avoir jamais reçu de formation sur la maltraitance.

On note une différence majeure avec les données récoltées dans les pays anglo-saxons, qui, depuis une quinzaine d'années déjà, ont inclus une formation spécifique sur le sujet dans le curriculum des écoles dentaires. En 1999, L'American Dental Association a adopté une résolution stipulant que les chirurgiens-dentistes ont l'obligation de se familiariser avec les signes d'abus et de négligence et a mis en place une politique incitative en ce sens [18]. En 2001, dans l'enquête de Love et al. 43% des chirurgiens-dentistes américains déclaraient avoir reçu une formation sur la maltraitance des femmes [20]. En 2002, Stuwart, Berstein et Furnish montrent que 100% des écoles dentaires aux USA et au Canada proposent une formation concernant les abus sur enfants et 87% une formation sur les abus sur les personnes âgées [26]. Même si la majorité des études s'accorde à dire que ces dispositions ne sont pas encore suffisantes, que les disparités entre les écoles dentaires sont grandes et qu'il faut encore améliorer la formation des chirurgiens-dentistes dans ce domaine aux USA [4,9,15,16,19,20,25,27] [21], la France paraît aujourd'hui bien en retard, ne serait-ce qu'en matière d'études sur les besoins en formation des praticiens sur ce sujet.

Dans notre enquête, 9 praticiens ont déclaré avoir reçu une formation initiale sur la maltraitance. On ne peut savoir, au travers de notre questionnaire, si ces chirurgiens-dentistes ont été diplômés dans une autre UFR que la notre au sein de laquelle la maltraitance serait abordée dans la formation, ou si ces praticiens, formés à Clermont-Ferrand, ont jugé que les notions dispensées au travers des modules de pédodontie et de soins spécifiques constituaient un enseignement suffisant. Trois praticiens ont signalé avoir reçu une formation continue sur le sujet. Nous ne pouvons dire dans quel cadre elle s'est déroulée puisqu'à notre connaissance, aucune formation continue sur ce thème n'a été mise en place en Odontologie.

4-3 Connaissances sur le sujet de la maltraitance

80% des répondants se disent touchés, interpellés ou concernés par le problème de la maltraitance. Ce résultat est encourageant dans le sens où il semble montrer que les dentistes ne se voient pas seulement comme des intervenants au niveau de la cavité buccale mais comme des professionnels de santé participant à la santé générale de la population et donc acteurs dans la prévention et le dépistage de certaines pathologies ou problèmes plus globaux.

Notre étude semble démontrer qu'il n'existe pas de différence de sensibilisation sur ce sujet entre hommes et femmes. Les praticiens ayant bénéficié de la réforme des études en Odontologie de 1994 ne sont pas plus sensibilisés au sujet que les autres. Ce constat paraît normal puisque aucun module spécifique au problème de la maltraitance n'a été mis en place par cette réforme.

Les abus physiques, psychologiques ou sexuels sont les types de maltraitance les plus cités par nos répondants. Ces résultats corroborent ceux des études menées en Australie et aux USA [15] [19]. Ce sont probablement les abus les mieux connus du grand public grâce aux médias, ils sont aussi les plus visibles et les plus aisément identifiables par les professionnels de santé. La négligence, elle, est peut être plus difficile à détecter, plus sournoise, bien que le concept de « négligence dentaire » par exemple soit bien connu : caries rampantes non traitées, douleurs et infections non prises en charge, absence de prothèse [14] [18] [19]. La négligence touche surtout les enfants et les personnes âgées [11,14,16,24]. La maltraitance financière est sans doute la moins repérable de toutes les formes d'abus et son concept peut échapper aux non-initiés (vol, confiscation des revenus). Elle concerne surtout les personnes âgées qui sont également les plus touchées par les abus psychologiques [7,8,9,11,21].

Il semble important que les chirurgiens-dentistes soient informés des différentes formes que peut revêtir la maltraitance si l'on veut espérer une meilleure détection de ces situations au cabinet dentaire.

Les chirurgiens-dentistes du Puy-de-Dôme sont conscients que la maltraitance touche toutes les populations sans distinction de niveau social, d'âge ou d'origine. S'il est reconnu dans la littérature que certaines situations sont plus propices à la violence (chômage, alcoolisme, dépendance, grossesse), il est également admis qu'aucune couche de la population n'est épargnée [6,10,14,15,16,20] [8,9,12,20]. Malgré tout, 19,3% des répondants à notre enquête pensent toujours que la maltraitance touche essentiellement les populations les plus défavorisées.

4-4 Exercice quotidien et maltraitance

94,7% des répondants interrogent régulièrement leurs patients sur leur état de santé mais seuls 5,7% incluent dans cet entretien une recherche de la violence domestique ou de la maltraitance. Ce constat est évidemment à relier au fait que plus de 90% des praticiens interrogés n'ont pas eu de formation sur le sujet. Ces données sont en accord avec celles de la littérature internationale. En effet, Love en 2001 aux USA a montré que 14% des praticiens dépistent la violence domestique chez leurs nouveaux patients et 15 % le font lors de contrôles réguliers [20]. Skelton en 2007 a montré que 87% des dentistes ne recherchaient pas la violence domestique chez les femmes, 46% ne le font pas non plus même en présence de blessures faciales [25].

Les études montrent que, même s'ils ont reçu une formation sur la maltraitance, les chirurgiens-dentistes trouvent toujours très difficile d'aborder le sujet avec leurs patients. Les praticiens ont peur d'offenser leurs interlocuteurs, ils sont embarrassés par le sujet, gênés par la présence d'un accompagnant [17,20,24,25] [21]. Tous ces aspects ressortent bien dans les commentaires laissés en fin de questionnaire par nos répondants.

La formation à la communication paraît donc essentielle. Conscients de cet écueil dans la détection, des auteurs ont développé et évalué des outils et stratégies d'approche afin d'aider les dentistes à initier la discussion : PANDA (*Prevent Abuse and Neglect through Dental Awareness*) [18,24], tutorial AVDR (*Asking, Validating, Documenting, Reporting*) [5,13], acronyme RADAR (*Routinely screen, Ask direct questions, Document your findings, Assess patient safety, Review options and referrals*) [18].

Dans notre étude, 36% des chirurgiens-dentistes interrogés déclarent avoir déjà rencontré un cas de maltraitance et 48,2% disent en avoir déjà suspecté un. Notre questionnaire ne nous permet pas de savoir si les praticiens qui nous disent avoir à la fois rencontré et suspecté des cas de maltraitance nous parlent en réalité d'un seul et même cas. Nos données montrent que plus d'un tiers des chirurgiens-dentistes rencontre au moins une fois au cours de sa vie professionnelle un cas de maltraitance avéré. Une formation sur ce sujet au cours du cursus semble donc indispensable.

Au niveau international, John, Messer et al. en 1996 ont montré que 28% des chirurgiens-dentistes australiens avaient déjà suspecté des cas d'abus sur des enfants [15]. Love en 2001 aux USA a trouvé que 47% des praticiens dentaires ont déjà suspecté des cas de violence conjugale au cours de leur exercice [20]. En 1991, aux USA, Holtzman a montré que 10,3% des dentistes ont déjà rencontré un cas de maltraitance de personnes âgées[12].

Les chirurgiens-dentistes qui nous ont répondu ont, eux, essentiellement rencontré des cas de maltraitance touchant les femmes (54%). Les enfants et personnes âgées représentent respectivement 30% et 11,3%. Il est intéressant de constater que les praticiens du Puy-de-Dôme sont donc surtout confrontés à une population de victimes qui est exclue de la formation apportée par l'UFR. En effet, les modules abordant le thème de la maltraitance sont ceux de pédodontie et de soins spécifiques qui se focalisent essentiellement sur le cas des enfants et des personnes âgées ou handicapées victimes.

La plupart des études montre un lien entre maltraitance et présence de blessures au niveau de la tête et du cou. Selon les sources, de 50 à 94% des victimes de maltraitance, toutes catégories confondues, présentent des lésions de la tête, de la face, du cou, de la bouche qui sont facilement repérables à l'examen dentaire mais cette réalité reste méconnue des praticiens [1,6,14,18,20,22,23,28] [8]. Les dentistes sont donc considérés aux USA par exemple, comme des praticiens en première ligne pour détecter les situations d'abus et de maltraitance [1,16,22,27,28]. Les autres professionnels les plus concernés sont les médecins urgentistes, les médecins généralistes, les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes [6] [9].

De plus, en dehors de la présence de lésions, le comportement du patient peut alerter le chirurgien-dentiste. Des auteurs ont en effet mis en évidence les difficultés importantes des victimes à recevoir des soins dentaires [23] [30] [21]. La situation de soins a en effet des similitudes avec la situation d'abus oral et met les patient(e)s en position de vulnérabilité face au soignant.

Dans notre étude, aucun signe d'alerte ne se dégage plus qu'un autre : les praticiens ont pu constater des lésions corporelles ou oro-faciales, des comportements inhabituels de la victime ou de son entourage. Parfois les patients ont également révélé les abus qu'ils subissaient.

Lorsqu'ils rencontrent ou suspectent un cas de maltraitance, 59,2% des chirurgiens-dentistes interrogés déclarent chercher à savoir, au cours des rendez-vous suivants, si la victime a trouvé de l'aide. Ils sont 35,2% à ne pas le faire. Nous ne pouvons pas conclure sur les raisons qui poussent les praticiens à ne pas faire de suivi mais il est probable que les difficultés de communication retrouvées dans la littérature et que nous avons précédemment évoquées jouent un rôle.

4-5 Attitudes des chirurgiens-dentistes devant un cas de maltraitance

En France, le chirurgien-dentiste est tenu au secret professionnel par l'article 5 du code de déontologie.

L'article 226-14 du Code pénal donne le cadre dans lequel la loi impose ou autorise la révélation du secret.

Le secret n'est pas applicable :

- A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou 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 ;

- Au médecin, qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du Procureur de la République les sévices qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire ([29], modifié par la loi du 5 mars 2007).

Dans ce cas, nos interlocuteurs peuvent être, suivant le cas, le Procureur de la République, le Président du Conseil général, la Protection Maternelle et Infantile (PMI), l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), le n° de téléphone 119 (Allô enfance maltraitée) [2], le juge des enfants, la police ou la gendarmerie [3] [4].

L'article 223-6 qui réprime la non assistance à personne en péril est applicable aux personnes soumises au secret professionnel [29].

Dans notre enquête, les attitudes des chirurgiens-dentistes face à un cas de maltraitance sont assez variées. Il est vrai que, dans notre questionnaire, nous n'avons pas différencié les réactions en fonction du type de victime. C'est peut-être pourquoi nous avons des comportements multiples. Malgré cela, les attitudes « adaptées » sont assez peu nombreuses (28% des répondants). Nous avons considéré comme « adaptées », aux vues de la législation

française, les attitudes suivantes : « discuter **ET** savoir orienter la victime », « contacter la police ou la gendarmerie » ou « contacter les services sociaux ».

Les répondants déclarent surtout discuter avec la victime **SANS** pouvoir l'orienter, appeler un confrère ou un autre praticien médical, contacter l'école ou l'institution. Ces 4 comportements représentent à eux seuls 65% des réponses. Il est bien entendu qu'ils ne sont pas inefficaces et permettent au dentiste d'obtenir des informations sur la manière de gérer ou signaler un cas de maltraitance. Toutefois, la dispersion des chirurgiens-dentistes dans leurs comportements et la multiplication des contacts afin de rechercher des informations, montrent clairement que les praticiens manquent de formation sur la conduite à tenir en matière de signalement et méconnaissent les interlocuteurs à qui s'adresser. Seul un praticien sur les 228 interrogés déclare prendre contact avec le Procureur de la République qui est un des référents en matière de maltraitance

Toutes les études internationales vont dans ce sens : les chirurgiens-dentistes disent ne pas savoir à qui signaler un cas de maltraitance. Même lorsqu'ils ont suivi une formation, ils continuent à demander des listes précises de référents et des protocoles simples pour les guider dans la conduite à tenir [15,19,20,25] [21].

Les résultats (assez désastreux) obtenus aux questions et EVA qui testaient les connaissances des praticiens sur les ressources utiles en matière de maltraitance confirment ce constat (questions 19-20-21-22 et 23). Il est donc tout à fait normal de retrouver dans notre étude les thèmes « détection de la maltraitance », « cadre médico-légal » et « connaissance des référents » comme thèmes prioritaires à aborder au cours d'une formation.

Nos résultats montrent que les chirurgiens-dentistes n'ayant jamais rencontré de cas de maltraitance savent moins bien orienter les victimes. Ceci suggère que les praticiens qui se trouvent confrontés à un cas de maltraitance recherchent des informations auprès de différentes sources (comme nous l'avons vu) et que cette collecte de renseignements leur permet d'avoir une attitude peut-être plus adaptée par la suite.

Bien que seuls 2% des chirurgiens-dentistes interrogés déclarent ne rien faire face à un cas de maltraitance, 66% des répondants ont voulu justifier les raisons qui les pousseraient à ne pas agir. Ils déclarent alors manquer de connaissances et de compétences sur le sujet, méconnaître les conséquences de leur éventuelle action sur la victime et méconnaître leurs droits et devoirs.

C'est surtout l'intérêt du patient qui préoccupe les praticiens puisque seuls 10,5% de ceux-ci s'inquiètent pour leur propre exercice professionnel ou leur vie personnelle s'ils entreprennent des démarches.

Moins de 10% des chirurgiens-dentistes du Puy-de-Dôme estiment manquer de temps ou pensent qu'il n'est pas de leur ressort d'intervenir, contrairement à l'étude de Love où ils sont plus d'un tiers [20].

4-6 Maltraitance et formation

Une grande majorité des répondants se déclare incompétente pour déceler une maltraitance et orienter une victime. Les praticiens ayant déjà été confrontés à un cas ne se sentent pas plus compétents dans ces deux domaines.

L'incompétence avouée dans la détection et l'orientation des victimes justifie l'importante demande de formation de nos répondants (76%).

Nos données sur ce sujet sont en adéquation avec celles retrouvées dans la littérature où l'on constate que, même dans les pays où une formation a été mise en place en matière de maltraitance, les besoins d'éducation exprimés par les praticiens restent très élevés [15,19,20,25]. Les raisons à ce phénomène sont bien sûr la complexité du problème mais également le défaut d'approche réellement « pratique » et clinique de l'enseignement [27,28] [21].

8 répondants sur 10 estiment qu'ils ont un rôle à jouer dans la prévention et la détection des maltraitances. La littérature internationale confirme le sentiment de nos répondants [25].

Les femmes ont tendance à être plus nombreuses à partager cet avis sans pour autant que la différence soit statistiquement significative.

Certains auteurs évoquent que le cabinet dentaire est parfois moins stigmatisé que le cabinet médical ou l'hôpital ce qui peut donner l'opportunité d'évoquer des problèmes de violence [2,4,17]. Toutefois, tous s'accordent à dire que notre rôle doit se limiter à une détection et à une orientation des victimes. L'action la plus efficace que nous pouvons avoir, et non des moindres, en dehors des signalements obligatoires bien sûr, est d'informer, d'orienter, de donner des numéros de téléphone utiles. Nous ne devons en aucun cas nous investir personnellement en dehors de ce cadre, nous ne devons pas donner de conseils aux victimes sur l'attitude à adopter, nous devons faire preuve d'écoute, d'empathie, de professionnalisme pour accomplir les signalements légaux, et ne jamais porter de jugement [4,17,20,23] [8,9,21].

C'est d'ailleurs un point sur lequel les chirurgiens-dentistes interrogés ont insisté dans la question ouverte. Ils soulignent que nous ne devons pas nous substituer aux psychiatres et aux services sociaux. Ils considèrent que nous pouvons être un maillon de la chaîne mais que d'autres professionnels sont mieux placés que nous pour prendre en charge la violence.

Ce sont des concepts qui seraient au cœur d'une formation sur la maltraitance : faire prendre conscience de notre position-clé au regard des données sur les lésions oro-faciales, former les praticiens à des interventions efficaces en respectant notre rôle : dialogue, détection, orientation, ni plus ni moins.

Près d'un quart des répondants nous a laissé un commentaire en fin de questionnaire. Certains praticiens se sont servis de cet espace pour détailler les cas de maltraitance qu'ils avaient rencontré et nous faire part de leur vécu. D'autres nous ont laissé des commentaires sur l'enquête en elle-même (compréhension des questions, questions les plus appréciées, améliorations à apporter...). Dans cet espace libre, le besoin de formation sur la maltraitance est réaffirmé par de nombreux praticiens. Seuls deux commentaires expriment très clairement que le chirurgien-dentiste « a déjà bien assez de choses à faire » sans s'occuper de la violence domestique.

Les inquiétudes dont nous font part les « commentateurs » s'inscrivent tout à fait dans les données de la littérature internationale, à savoir : le souci face au secret professionnel, la peur de se tromper dans un sens comme dans l'autre, le manque de connaissances qui les freine dans leur envie d'agir, le sentiment d'impuissance etc... [15,19,20,25] [9]

Ces inquiétudes et ces questions demandent une réponse claire et adaptée par le biais d'une formation dispensée dans les facultés dentaires ou dans le cadre d'une formation continue.

De nombreux commentaires nous montrent aussi que la réalisation de cette enquête a amené les praticiens répondants à s'interroger sur leur pratique et leur capacité de détection de la maltraitance. Les praticiens n'ayant jamais rencontré de cas chez leurs patients nous disent tous qu'ils sont certainement passés à côté de ces victimes. Peut être notre enquête a-t-elle aidé à un début de prise de conscience et à un éveil de la vigilance des chirurgiens-dentistes du Puy-de-Dôme.

5-Conclusion

La France semble aujourd'hui prendre conscience du fléau que constituent la maltraitance et la violence domestique. La mise en place de numéros de téléphone uniques tels que le 119 de Allô enfance maltraitée ou plus récemment du 3919 pour les femmes victimes de violence et du 3977 à l'adresse des personnes âgées confirme cette tendance [10,13].

Le rôle des professionnels de santé en matière de protection de l'individu n'est plus à démontrer. Bien que l'action des chirurgiens-dentistes soit jugée essentielle dans d'autres pays, les odontologistes français doivent apprendre à s'impliquer et prendre conscience de leurs obligations en ce qui concerne la détection, le signalement et l'orientation des victimes.

Le département du Puy-de-Dôme, grâce à la mise en place de pôles pilotes de victimologie et d'accueil des victimes de violences sexuelles ou de maltraitances au CHU de Clermont-Ferrand est en position privilégiée pour permettre une action coordonnée et concertée de tous les professionnels concernés par la violence domestique [1].

Notre étude a non seulement permis de mettre en évidence les carences et besoins de formation des chirurgiens-dentistes sur le sujet mais aussi, nous l'espérons, ouvert la voie pour de futures recherches à plus grande échelle dans ce domaine.

6-Références bibliographiques

Ouvrages et articles

- 1) BERRIOS D.C., GRADY D., *Domestic Violence: Risk Factors and Outcome*, Western Journal of Medicine, 1991, vol. 155, n°2, pp. 133-135.
- 2) BOURGUIGON S., *Les chirurgiens-dentistes déclarent peu les cas de maltraitance*, La Lettre de l'Ordre National des chirurgiens-dentistes, 2000, n°21, pp.20-21.
- 3) BOURILLON et al, *Maltraitance et enfants en danger*, In : Pédiatrie, Abrégés, Masson, Paris, 2005, pp. 174-188.
- 4) COULTHARD P., WARBURTON L., *The role of the dental team in responding to domestic violence*, British Dental Journal, 2007, vol.203, n°11, pp. 645-648.
- 5) DANLEY D., GANSKY S.A., CHOW D., et al, *Preparing dental students to recognize and respond to domestic violence: the impact of a brief tutorial*, Journal of American Dental Association, 2004, vol. 135, pp. 67-73.
- 6) FENTON S.J., BOUQUOT J.E., UNKEL J.H., *Orofacial considerations for pediatric, adult, and elderly victims of abuse*, Emergency medicine clinics of North America, 2000, vol.18, n°3, pp. 601-617.
- 7) GOLDEN G.S., *Forensic Odontology and Elder Abuse-A Case Study*, Journal of the California Dental Association, 2004, vol.32, n°4, pp. 336-340.
- 8) GRAVEL S., BEAULIEU M., LITHWICK M., *Quand vieillir ensemble fait mal : les mauvais traitements entre conjoints âgés*, Criminologie, 1997, vol.30, n°2, pp. 67-85.
- 9) GUTMANN M.E., SOLOMON E.S., *Family Violence Content in Dental Hygiene Curricula: A National Survey*, Journal of Dental Education, 2002, vol. 66, n°9, pp.999-1005.
- 10) HENDLER T.J., SUTHERLAND S.E., *Domestic Violence and its Relation to Dentistry: A Call for Change in Canadian Dental Practice*, Journal of the Canadian Dental Association, 2007, vol.73, n°7, pp. 617-617f.
- 11) HERREN M.C., BYRON R.J., *Elder abuse update*, General Dentistry, 2005, vol. 53, n°3, pp. 217-219.
- 12) HOLZMAN J.M., *Increasing recognition and awareness of elder abuse*, Dentistry, 1991, vol.11, pp. 12-4.
- 13) HSIEH N.K., HERZIG K., GANSKY S.A., et al, *Changing dentist' knowledge, attitudes and behaviour regarding domestic violence trough an interactive multimedia tutorial*, Journal of the American Dental Association, 2006, vol.137, pp. 596-603.

- 14) JESSEE S.A., *Continuing education: child abuse and neglect : implication for the dental profession*, Journal of Contemporary Dental Practice, 2003, vol.4, n°2 : 92.
- 15) JOHN V., MESSER L.B., ARORA R. et al, *Child abuse and dentistry: A study of knowledge and attitudes among dentists in Victoria, Australia*, Australian Dental Journal, 1999, vol.44, n°4, pp. 259-267.
- 16) JOHNSON T.A., BOCCIA A.D., STRAYER M.S., *Elder abuse and neglect: detection, reporting, and intervention*, Special Care Dentistry, 2001, vol.21, n°4, pp. 141-146.
- 17) JUGGINS K., PANESAR J., SINHA S., et al, *The Management of Abuse : 3. Domestic violence*, Dental Update, 2006, vol.33, n°8, pp. 492-494.
- 18) KENNEY J.P., *Domestic violence: A complex health care issue for dentistry today*, Forensic Science International, 2006, 159S, pp. S121-S125.
- 19) KILPATRICK N.M., SCOTT J., ROBINSON S., *Child protection : a survey of experience and knowledge within the dental profession of New South Wales, Australia*, International Journal of Paediatric Dentistry, 1999, vol. 9, pp. 153-159.
- 20) LOVE C., GERBERT B., CASPERS N., et al, *Dentists' attitudes and behaviors regarding domestic violence: The need for an effective response*, Journal of American Dental Association, 2001, vol. 132, pp. 85-93.
- 21) MARGUERITE E., MARTRILLE L., MALBRANQUE S., *Les maltraitances envers les personnes âgées*, Urgences pratiques, 2004, n°66, pp. 35-37.
- 22) OCHS H.A., NEUENSCHWANDER M.C., DODSON T.B., *Are head, neck and facial injuries markers of domestic violence?*, Journal of the American Dental Association, 1996, vol. 127, pp. 757-761.
- 23) RUELL-KELLERMAN M., SIRVEN R., GRENIER C., *Vestiges et maltraitance de la sphère oro-faciale. Repérage clinique et propositions thérapeutiques*, In : FERAGUT Eliane., *Agressions et Maltraitances.*, Elsevier Masson, 2006, pp. 113-131.
- 24) SENN D.R., MC DOWELL J.D., ALDER M.E., *Dentistry's role in the recognition and reporting of domestic violence, abuse, and neglect*, Dental clinics of North America, 2001, vol.45, n°2, pp. 343-363.
- 25) SKELTON J., HERREN C., CUNNINGHAM L.L., et al, *Knowledge, attitudes, practices, and training needs of Kentucky dentists regarding violence against women*, General Dentistry, 2007, vol. 55, n°6, pp. 581-588.
- 26) STEWART A.V., BERNSTEIN M.L., FURNISH G.M., *Survey on the teaching of abuse and neglect in the dental curriculum*, Journal of Dental Education, 2002, vol. 66, p.323, abstract 209.
- 27) THOMAS J.E., STRAFFON L., INGLEHART M.R., *Child Abuse and Neglect: Dental and Dental Hygiene Students' Educational Experiences and Knowledge*, Journal of Dental Education, 2006, vol.70, n°5, pp. 558-565.

- 28) TILDEN V.P., SCHMIDT T.A., LIMANDRI B.J., et al, *Factors That Influence Clinicians' Assessment and Management of Family violence.*, American Journal of Public Health, 1994, vol. 84, n°4, pp. 628-633.
- 29) TURSZ A., *Les dispositions législatives et réglementaires*, In : Violence et Santé. Rapport préparatoire au Plan National, Rapports Officiels Ministère de la Santé, La Documentation Française, 2006, pp.61-70.
- 30) WILLUMSEN T., *Dental fear in sexually abused women*, European Journal of Oral Sciences, 2001, vol.109, pp. 291-296.

Sites internet (accessibles au 1er octobre 2008)

- 1) ADEE (Association for Dental Education in Europe), *Profile and Competences for the European Dentist-update 2008*, Cowpe J., Plasschaert A., Harzer W. et al. [en ligne]. Disponible sur : http://www.adee.org/cms/uploads/adee/01%20TF_I_PCEDupdateAug081/.pdf
- 2) ALLO 119 - SERVICE NATIONAL D'ACCUEIL TELEPHONIQUE POUR L'ENFANCE EN DANGER, *119 Allô Enfance en Danger Présentation*. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.allo119.gouv.fr/119/index.html>
- 3) ALMA FRANCE (Allô Maltraitance des personnes âgées et/ou des personnes handicapées), *Statistiques*. [en ligne]. Disponible sur : http://www.alma-france.org/IMG/pdf/Statistiques2006_31juil07.pdf
- 4) CONSEIL GENERAL DES ALPES MARITIMES, OBSERVATOIRE DEPARTEMENTAL DE L'ENFANCE, *Guide pratique inter-institutionnel du signalement à l'usage des professionnels, 2004* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.cg06.fr/sante/pdf/signalement-web.pdf>
- 5) CONSEIL GENERAL DU DEPARTEMENT DU NORD, OBSERVATOIRE DEPARTEMENTAL DES MALTRAITANCES, *Qu'est ce que la maltraitance ? Définitions* [en ligne] Disponible sur : <http://www.cg59.fr/FrontOffice/UserFiles/File/observatoire-des-maltraitances/observatoire-definitions.htm>
- 6) CROIX-ROUGE FRANCAISE, *Lutter contre les maltraitances, viser la bientraitance. Chiffres clés*, Source AFPAP (Association française de protection et d'assistance aux personnes âgées). [en ligne]. Disponible sur : <http://www.croix-rouge.fr/goto/actualites/2006/dossier-maltraitance.asp>
- 7) ENCYCLOPEDIE DE L'AGORA, *Dossier maltraitance* [en ligne]. Disponible sur : <http://agora.qc.ca/thematiques/inaptitude.nsf/Dossiers/Maltraitance>

- 8) MASSACHUSETTS DENTAL SOCIETY, *A guide to family violence for the dental team*. [en ligne]. Disponible sur :
<http://massdental.org/uploadedFiles/Guide%20to%20Family%20Violence.pdf>
- 9) MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, *Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé*, 2001, Rapport au Ministre chargé de la Santé réalisé par un groupe d'experts réunis sous la présidence de Monsieur le Professeur Roger Henrion. [en ligne]
Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/violence/index.htm>
- 10) MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE, *Lancement du 3977, un numéro national conte la maltraitance, Dossier de presse*, 2008. [en ligne].
Disponible sur : http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/CommuniquePresse_Maltraitance.pdf
- 11) MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE, *Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance*, 2007, Philippe Bas, Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. [en ligne]. Disponible sur : http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan.pdf
- 12) MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE, *Violences conjugales, chiffres et mesures. Dossier de presse*, 2006 [en ligne].
Disponible sur : http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/violences_conjugales.pdf
- 13) MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE, *Violences conjugales, Parlez-en avant de ne plus pouvoir le faire. Appelez le 3919. Dossier de presse*, 2007. [en ligne]. Disponible sur : http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/violencesconjugales_140307.pdf
- 14) OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'ACTION SOCIALE DECENTRALISEE (ODAS), *Rapport : Protection de l'enfance. Observer, évaluer pour mieux adapter nos réponses*, 2005, [en ligne].
Disponible sur : http://www.odas.net/IMG/pdf/200511_RapportEnfance_2005.pdf
- 15) ORGANISATION DES NATIONS UNIES, ODS-Sedoc Système de diffusion électronique des documents de l'ONU, *Résolution 48/104. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes*, 1994 [en ligne]. Disponible sur :
<http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N94/095/06/PDF/N9409506.pdf?OpenElement>
- 16) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, 2002, Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A. et al. [en ligne]. Disponible sur :
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf
- 17) PSA (Professionnels de Santé Auvergne), *Combien êtes-vous ?*, 2006. [en ligne].
Disponible sur :
http://psa.auvergne.free.fr/news1_24/telechargement/demographie_dentistes_63_270207.pdf

- 18) SENAT FRANÇAIS, *Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence (tome I, rapport)* [en ligne].
Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r02-339-1/r02-339-12.html>
- 19) STOP VIOLENCE FRANCE, *Violence éducative ordinaire*, [en ligne]. Disponible sur :
<http://www.stopviolence.fr/page17.php>
- 20) UNECE (United Nations Economic Commission For Europe), *Enquête nationale sur la violence envers les femmes en France (Enveff)*, 2000, [en ligne]. Disponible sur :
http://www.unecce.org/stats/gender/vaw/surveys/France/Publicat_France.pdf
- 21) U.S DEPARTMENT OF JUSTICE, *Family Violence: An Intervention Model for Dental Professionals*, 2004, OVC Bulletin by Littel K. [en ligne]. Disponible sur :
<http://www.ojp.usdoj.gov/ovc/publications/bulletins/dentalproviders/ncj204004.pdf>

Adresses

- 1) C.H.U CLERMONT-FERRAND : Centre médico-psychologique B du Professeur Llorca, consultation d'aide aux victimes, 30 place Henri Dunant, 63003 Clermont-Ferrand cedex 1.
Tel. 04 73 75 21 25.

Pôle violences sexuelles et maltraitances du Professeur Jaquetin, Hôtel Dieu, Pavillon Emile Roux, 32, Avenue Vercingétorix 63000 Clermont-Ferrand.
Tel. 0800 622 648.

Service d'accueil d'urgence du Professeur Schmitt, Consultation de Victimologie clinique, 30 place Henri Dunant, 63003 Clermont-Ferrand cedex 1,
Tel. 04 73 750 750.

7-Annexes

Annexe 1 : le questionnaire

LE CHIRURGIEN-DENTISTE FACE À LA MALTRAITANCE

QUESTIONNAIRE

PARTIE 1 : VOTRE PROFIL

Q1 Vous êtes : un homme
 une femme

Q2 En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?

Q3 Dans quel milieu exercez-vous votre activité professionnelle ?
 milieu rural (< 2000 habitants)
 milieu urbain (> 2000 habitants)

Q4 Avez-vous reçu une formation sur la maltraitance :
 au cours de votre cursus initial (faculté)
 au cours de formation(s) continue(s)
 non, aucune formation

PARTIE 2 : CONNAISSANCES

Q5 Vous sentez-vous concerné, touché, interpellé par le problème de la maltraitance en tant que professionnel de santé ?
 OUI NON ne se prononce pas

Q6 Parmi les situations suivantes, quelles sont celles qui relèvent **réellement** de la maltraitance selon vous: (plusieurs choix possibles)

- maltraitance physique
- maltraitance psychologique
- maltraitance sexuelle
- maltraitance financière
- maltraitance par négligence

Q7 Selon vous, la maltraitance touche : (un seul choix possible)

- Surtout les populations les plus aisées
- Surtout les populations les plus défavorisées
- Toutes les populations sans distinction de niveau social, d'âge ou d'origine

PARTIE 3 : EXERCICE QUOTIDIEN ET MALTRAITANCE

Q8 Interrogez-vous régulièrement vos patients sur leur état de santé ?
 OUI NON

Q9 Lors de cet interrogatoire, la maltraitance ou la violence domestique sont-elles recherchées ?
 OUI NON

Q10 Avez-vous déjà rencontré un ou des cas de maltraitance au cours de votre exercice professionnel ?
 OUI NON

Q11 Avez-vous déjà suspecté un ou des cas de maltraitance au cours de votre exercice professionnel ?
 OUI NON

Si vous venez de répondre NON à Q10 et Q11, allez à la question Q15

Q12 Si oui, quel(s) type(s) de patient étai(en)t concerné(s) : (plusieurs réponses possibles)
 adulte homme
 adulte femme
 enfant (jusqu'à 15 ans)
 personne âgée
 personne handicapée

Q13 Quels signes vous ont alertés : (plusieurs réponses possibles)
 La victime (ou la personne référente ou accompagnante) vous a avoué la situation.
 Vous avez constaté voire pris en charge des lésions oro-faciales ou dentaires pouvant être en relation avec cette maltraitance.
 Vous avez constaté d'autres lésions corporelles (ecchymoses, fractures..).
 Vous avez été alerté par le comportement de votre patient(e).
 L'attitude de l'entourage de la victime vous a semblée suspecte.

Q14 Si vous avez rencontré ou suspecté un cas de maltraitance, avez-vous cherché à savoir au cours des rendez-vous suivants si votre patient avait trouvé de l'aide ?
 OUI NON

Q15 Devant un cas de maltraitance avéré ou suspecté, que faites-vous (ou que feriez-vous) ?
(plusieurs réponses possibles)

- Vous discutez avec votre patient(e) **MAIS** vous ne savez pas l'orienter précisément vers des professionnels ou des centres de soutien.
- Vous discutez avec votre patient(e) **ET** vous savez l'orienter précisément vers des professionnels ou des centres de soutien.
- Vous en discutez avec un confrère.
- Vous appelez un autre praticien médical (médecin traitant, pédiatre) pour en discuter.
- Vous contactez la police, la gendarmerie.
- Vous contactez l'école, l'institution selon le cas de figure.
- Vous contactez les services sociaux.
- Vous n'en parlez à personne mais vous recherchez des informations dans la littérature ou sur internet.
- Vous ne faites rien.
- Autres :

Q16 Si vous ne donnez aucune suite devant un cas de maltraitance suspecté ou avéré, c'est parce que : (plusieurs réponses possibles)

- Vous manquez de compétences/connaissances sur ce sujet.
- Vous pensez que ce n'est pas le rôle du chirurgien-dentiste.
- Vous manquez de temps.
- Ces actes ne sont pas valorisés.
- Vous ne connaissez pas exactement quelles conséquences cela pourrait avoir pour vous (sur un plan professionnel ou personnel.)
- Vous ne connaissez pas exactement les conséquences pour votre patient.
- Vous ne connaissez pas vos droits et vos devoirs sur ce sujet.
- Autre

PARTIE 4 : FORMATION ET MALTRAITANCE

Q17 Vous sentez-vous compétent pour déceler une maltraitance ? OUI NON ne sait pas

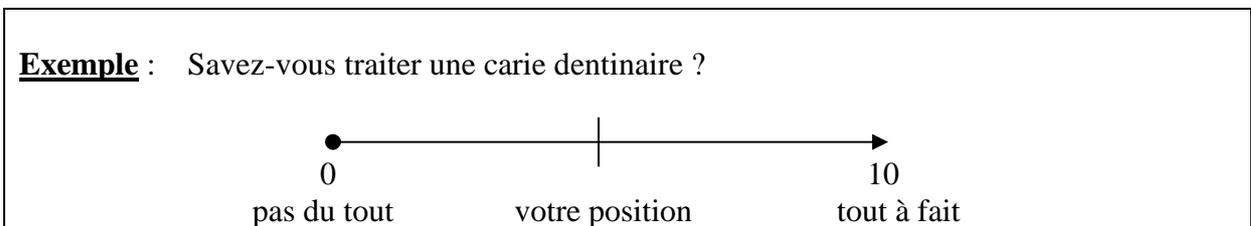
Q18 Vous sentez-vous compétent pour orienter un(e) patient(e) victime de maltraitance ? OUI NON

Q19 Connaissez-vous les sites suivants qui traitent de la maltraitance:
-Le site sante.gouv.fr (ministère de la santé) OUI/ NON
-Le site violence.fr OUI/ NON
-Le site ALMA France OUI/ NON
- Autres

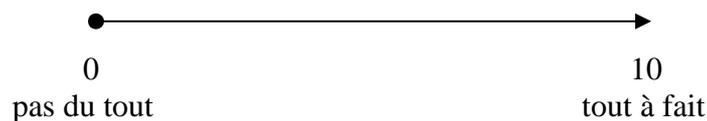
Q20 Pouvez-vous donner spontanément le numéro de téléphone dédié aux femmes victimes de violences ? Ce numéro est le :

Q21 Pouvez-vous donner spontanément le numéro de téléphone de « Allo enfance maltraitée » ? Ce numéro est le :

Pour les deux questions suivantes, évaluez vos connaissances sur une échelle visuelle analogique comme dans l'exemple ci-dessous :



Q22 Connaissez-vous les structures, centres médicaux, réseaux de soins ou associations compétentes en matière de maltraitance dans votre région ?



Q23 Connaissez-vous, sur un plan légal, les droits et devoirs du chirurgien-dentiste face à la maltraitance ?

