



28 & 29 novembre 2014

Bordeaux
Hôtel Pullman Aquitania

15^{èmes} Journées d'Urgences Pédiatriques du Sud-Ouest



Santé et devenir de l'enfant en danger

Dr Marion Bailhache

CCA Urgences Pédiatriques Bordeaux

Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement (ISPED), Inserm
U897, Equipe Prévention et Prise en Charge des Traumatismes



De quoi parle-t-on ?

- Définition Organisation Mondiale de la Santé de la santé:
un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.
- Enfant en danger¹ :
 - Les enfants en danger = les enfants maltraités + les enfants à risque de maltraitance.
 - L'enfant à risque de maltraitance est un enfant qui connaît des conditions d'existence qui risquent de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité

¹Observatoire de l'Action Sociale Décentralisée



Etudes en France...Enfants confiés à l'ASE de Paris

- Échantillon aléatoire d'enfants en établissements ou placement familial, 2002
- 84 enfants de 5-6 ans et 107 de 14-15 ans
- Questionnaires aux assistantes maternelles/éducateurs/médecins/ado
- Santé physique : troubles sensoriels/poids/état vaccinal \approx pop général
- Santé mentale :
 - Troubles du sommeil : 41% des 5-6 ans, 32% des ado
 - Idées suicidaires : 28% des ado en ont déjà eu, 13% en ont svt >>> pop général
 - Suivi psy : 43,2% des ado, 43,4% des 5-6 ans
 - Fugue : 13% des ado déjà 1x, 4% plusieurs fois >>> pop général
 - Tabac/alcool/cannabis \approx pop général
- Santé ressentie : 26,3% des ado « ça pourrait aller mieux » ou « ça va pas fort »



Etudes en France ...Etude Rhône-Alpes

- Etude transversale auprès échantillon 318 enfants en famille d'accueil (1/3) et établissements (2/3), 2008-2011
- ATCD médicaux familiaux ... 60 à 84,5% non renseigné
- Taux de prématurité \approx x2 par rapport à pop générale
- Santé mentale :
 - Prise en charge psychiatrique 32% vs 2,6% pop générale
 - Traitement par antidépresseurs 1,6% vs 0,2% ; par neuroleptique 7,2% vs 0,3%
- Santé physique :
 - Insuffisance pondérale 14,8% en FA et 10,6% établissement vs 7,5% pop générale
- Sociale : 14,9% déscolarisation en établissement



Etudes en France ...Etude en Loire-Atlantique 2010-2011

- Données à partir certificats/carnet de santé ...données manquantes ++
- Questionnaires envoyés aux référents à un échantillon(423 enfants) :
 - Ruptures multiples (80%interventions antérieures, 33,8% placement antérieur)
 - Santé physique : défaut hygiène 22,5%, défaut suivi 13,5%, alimentaire 10,9%
 - Santé mentale :
 - 15% aucun symptôme
 - Trouble sommeil> trouble de l'attachement>agressivité> déficit de l'attention> conduites de victimisation>conduites à risque
 - Suivi psychologue 43%, 10,6% psychiatre, orthophonie 14,2%, psychomotricité 6,9%
 - Scolarisation : 42,8% à l'âge normal dans leur classe
- Santé perçue par 80 enfants : moins bonne lors ruptures multiples ++



Etudes en France

- Peu d'études
- Etudes auprès des enfants placés en famille d'accueil ou établissement
- Enfants placés non représentatif de TOUS les enfants en danger
- Cas des « survivants » les plus graves ?
- Et les autres ?



Apport des études internationales

- Notion d'enfant en danger : spécificité Française
- Maltraitance de l'enfant, Organisation Mondiale de la Santé, Genève 1999 :
« toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou psychoaffectifs, de sévices sexuels, de négligences 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 »
- Rappel définition Enfant en danger = enfants maltraités et à risque de maltraitance :
 - L'enfant à risque de maltraitance est un enfant qui connaît des **conditions d'existence qui risquent** de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité
- Enfant en danger / maltraitance OMS ? Ne serait-ce pas finalement la même chose ?

→ Première difficulté ... de quoi parle-t-on ?



Point de vue d'un épidémiologiste : difficultés méthodologiques

- Mesurer l'état de santé des enfants en danger = comparer l'état de santé des enfants en danger par rapport à ceux non en danger
 - Groupes comparables en tout point excepté à l'exposition au danger :
 - si enfants obèses étaient + souvent maltraités alors
 - les enfants maltraités auraient + de maladies cardiovasculaires
 - Mais les maladies cardiovasculaires = l'effet de leur obésité antérieur à la maltraitance
 - Arrêter la maltraitance n'améliorera pas leurs risques de maladies cardiovasculaires
 - Solution ajuster sur les facteurs de confusion de l'état de santé mesuré, présents avant l'apparition de la maltraitance
- Nécessité de connaître le début de la maltraitance



Difficultés méthodologiques (2)

- Difficultés de mesure de la maltraitance ou du danger :
 - PB de définition, début de la maltraitance, échelle de gravité
 - Mesure nécessaire de tous les types de maltraitance, effets cumulatifs/combinés ?
 - Mesure rétrospective : Self-report des potentielles victimes devenus suffisamment grandes pour répondre à un questionnaire ou interview
 - Sont présents seuls les « survivants »
 - Biais de mémorisation
 - Biais de désirabilité sociale
 - Mesure prospective : cas « signalés » confirmés ou non
 - sous-estimation communément admise
 - Mesure identique pour tous ? → attention particulière pour les familles cumulant les facteurs de risque ? Validité des outils de mesure

→ Prendre en compte les études rétrospectives et prospectives



Difficultés méthodologiques (3)

- Difficulté de mesure de l'état de santé :
 - Idéalement mesure objective en insu de l'état maltraité ou non
 - Souvent auto-questionnaires proposés
- Lien de causalité difficile à établir entre état de santé et maltraitance :
 - Association / antériorité de la maltraitance donc dater son début/ caractère directionnel
- Tenir compte des facteurs de confusion présents avant son début
- Etudes dans des populations particulières et taux de perdue de vue



28 & 29 novembre 2014

Bordeaux
Hôtel Pullman Aquitania

15^{èmes} Journées

d'Urgences Pédiatriques du Sud-Ouest



Signalement aux

Exemple d'un schéma « idéal » cohorte de suivi dès la
n

Alors quelles connaissances apportent les études internationales ?

C

«

a

confusion présents avant la
maltraitance

Education, socialisation

Décès

Interface ville ■ hôpital



Santé mentale et abus sexuel

- Cas/témoin, Enfant victime d'abus sexuel 5 ans après¹ :
 - Âge moyen = 15 ans, OR ajusté
 - ↗dépression, trouble anxieux, troubles du comportement, ↘self-esteem
 - ↗idées suicidaires, auto-agressivité
 - Pas de ≠ fugue, criminalité, TCA, drogue ou tabagisme
- Effets à long terme (≈ 30 ans) :
 - X 3, 65 risque de contact avec service publique de santé mentale²
 - ↗ Syndrome de stress post-traumatique (x5,6)^{2, 3, 4}
 - ↗Troubles anxieux, dépression, idées suicidaires, tentative de suicide³
 - association avec TCA, trouble de la personnalité non toujours retrouvée

¹HY Swanston et al 1997; ²MC Cutajar et al 2010; ³DM Fergusson et al 2013; ⁴CS Widom et al 1999



Santé mentale et autres types de maltraitance

- Effets dans l'enfance¹ :
 - Cohorte naissance Australie, suivi jusqu'à 14 ans :
 - ↗ trouble du comportement intériorisé et extériorisé / maltraitance psychologique, physique et négligence
 - Effets le plus important pour maltraitance émotionnelle
 - X 5 risque de 1^{ère} consultation pour conduites suicidaires aux Urgences dans les 2 années suivant identification pour maltraitance grave avec placement²
- Effets à long terme :
 - ↗ dépression, tentative de suicide / maltraitance physique^{3, 4, 5}
 - TCA / maltraitance physique lien non tjrs retrouvé

→ Peu d'étude sur maltraitance psychologique

¹R Mills et al 2013; ²AE Rhodes et al 2012; ³OT Afifi et al 2014; ⁴DM Fergusson 2008; ⁵CS Widom et al 2007



Dépendance et maltraitance

- Drogues illicites :
 - abus sexuel^{1,2} cependant pas d'association lors contrôle certains facteurs de confusion possible : trouble des conduites, dépendance alcool, tabac³...
 - incertitude concernant les autres types de maltraitance, moins d'études
- Cannabis : abus sexuel⁴
- Tabac : abus sexuel^{3,5}
- Alcool : abus sexuel¹

→ association retrouvée plusieurs fois abus sexuel / dépendance mais persiste des incertitudes

¹TO Afifi et al 2013, ²DM Fergusson et al 2008; ³DM Fergusson 2007; ⁴MR Hayatbakhsh et al 2009; ⁵HB Nichols et al 2004



Et la santé physique ? ...Obésité

- Chez les enfants d'âge préscolaire¹ :
 - Cohorte de la naissance à 3 ans dans 20 états des Etats Unis
 - OR ajusté = 1,56 lors négligence
- Chez le jeune adulte :
 - ↗ obésité chez F victime d'abus sexuel^{2,3}
 - ↗ obésité chez victimes de maltraitance physique avant 11 ans, 30 ans après⁴
 - ↗ obésité chez F noires victimes de maltraitance physique modéré ou + et/ou abus sexuel malgré ajustement sur multiples facteurs dont dépression⁵

→ risque ↗ lors abus sexuel chez jeune adulte par dysrégulation axe du stress, dépression

¹RC Whitaker et al 2007; ² Mamun et al 2007; ³Noll JG et al 2007; ⁴Bentley et al 2009; ⁵Boynton-Jarett et al 2012



Santé physique ...et les autres ?

- Symptômes gastro-intestinaux¹
- Douleurs chroniques¹
- Maladies sexuelles transmissibles et abus sexuel^{1, 2, 3, 4}
 - Survivant d'abus sexuel → x 4 risque de prostitution⁴
- Risque cardiovasculaire :
 - X 3 maladie ischémique cardiaque lors ≥ 7 «adverse childhood experience »⁵
 - Association médiée par facteurs de risque déjà connus (dépression, trouble anxieux, tabagisme, obésité)^{5,6}

→ Résultats parfois contradictoires, études rétrospectives, facteurs de confusion pas toujours pris en compte

¹L Irish et al 2009; ²SD Hillis et al 2000; ³HW Wilson et al 2009; ⁴Zierler et al 1991; ⁵ Dong et al 2004; ⁶JW Rich-Edwards et al 2012



Aspects sociaux

- Réussite scolaire :
 - Cohorte naissance jusqu'à 14 ans \searrow capacité lecture et raisonnement abstrait¹
 - A la fin de la scolarité : \searrow niveau scolaire obtenu^{2, 3, 4}
 - MAIS disparition de l'association lors ajustement sur niveau social, éducation parent, facteurs individuels³
- Association délinquance et maltraitance à long terme, résultats contradictoires self-report et données officielles disponibles⁴
- Association chômage et maltraitance²

¹R Mills et al 2010; ²J Currie et al 2010; ³JM Boden et al 2007; ⁴JE Lansford 2007



Quelques interrogations

- Santé et devenir de l'enfant \neq selon auteurs de la maltraitance ?
- Effets des prises en charge non pris en compte
- Effets de l'âge auquel l'enfant est victime peu pris en compte
- Durée de l'exposition à la maltraitance peu pris en compte
- Et ceux décédés (homicide/maladie/suicide), quel risque surajouté ?
- Et la santé perçue ?



Apports des Neurosciences et de la Génétique

- Modification du développement cérébral chez enfants maltraités¹ :
 - ↘ taille hippocampe/amygdale... irréversibilité ?
- Modification du fonctionnement de l'axe hypothalamo-pituitaire-surrénalien² :
 - Hypothalamus (CRF) → glande pituitaire antérieure (ACTH) → surrénales (cortisol)
 - ↗ dépression, anxiété
- Susceptibilité génétique³ :
 - Gène → enzyme inactivant les neurotransmetteurs dans les situations de stress
- Epigénétique⁴ :
 - Méthylation de certains gènes modifiant leur expression... irréversibilité ?

¹J Hanson et al 2014, Glaser 2000; ²Twardosz et al 2010; ³Caspi et al 2002; ⁴Suderman et al 2014



Conclusion

- Alors l'état de santé des enfants en danger, une fatalité ?
- NON
 - Rôle de la prévention primaire ++
 - Poursuite des recherches pour une meilleur identification des cas
 - Poursuite des recherches sur l'efficacité des prises en charge
 - Poursuite des recherches sur les facteurs de résilience chez ceux « qui s'en sortent » malgré des traumatismes pourtant sévères