



Bulletin de Veille Scientifique de l'Enfance en Danger

EPRRED Occitanie Ouest & Est

Équipe Pédiatrique Référente Régionale de l'Enfance en Danger

N°3 - Avril 2025

Editorial

Déjà le 3^e bulletin. Après des échanges avec l'association la Voix de l'Enfant, qui a contribué au déploiement des UAPED sur le territoire national, nous avons convenu que les bulletins de Veille Scientifiques publiés sous la responsabilité des EPRRED d'Occitanie pourront être diffusés au niveau national.

Dans ce numéro écrit à deux mains avec le Dr Diana Pastor à Toulouse, nous aborderons les liens entre maltraitance pendant l'enfance et conséquences psychiatriques plus tardives à l'âge adulte ; l'estimation de la fréquence de la mortalité en lien avec la maltraitance dans un vaste territoire comme le Canada ; la fréquence des découvertes d'intoxication à la cocaïne lors d'un dépistage systématique en Italie impliquant la nécessité de rechercher une exposition aux toxiques face à toute suspicion de maltraitance et enfin les caractéristiques du « syndrome de Munchhausen by proxy » quand le signe d'appel est les crises épileptiques.
Bonne lecture.

Amicalement,
Pr Yves chaix
Coordonnateur, EPRRED Occitanie
Ouest

ARTICLE N°1 : A longitudinal birth cohort study of child maltreatment and mental disorders using linked statewide health data for 83050 Queensland residents from 1983 to 2014.

Kisely S, Leske S, Ogilvie J, Thompson, Siskind D, Allard T
Epidemiology and Psychiatric Sciences 2024;Nov.20;33:e69. (IF : 5.9)
Doi : 10.1017/S204579602400074X.

Le constat de départ est :

- La maltraitance infantile englobe différentes formes (négligence, violences physiques, psychologiques et sexuelles), chacune ayant des conséquences variées et souvent sévères sur la santé mentale et physique des enfants.
- Les troubles psychiatriques, notamment les troubles anxieux, la dépression et le trouble de stress post-traumatique (TSPT), sont fréquemment observés à l'âge adulte chez les victimes de maltraitance durant l'enfance.
- Les données de la littérature disponibles sur les conséquences à long terme de la maltraitance reposent en grande majorité sur des études rétrospectives (biais de rappel) ou sur des échantillons limités.

L'objectif de cette étude était d'analyser la relation entre les différents types de maltraitance infantile et les troubles psychiatriques ultérieurs en utilisant des données administratives prospectives.

Dans cette étude, les auteurs ont analysé deux cohortes de naissances datant de 1983 et 1984 en Australie, dans l'état du Queensland, avec un suivi jusqu'en 2014, soit jusqu'à l'âge de 30 ans. Les données médicales pour le diagnostic de trouble psychiatrique ont été collectées à partir des codifications des diagnostics selon la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies) lors des admissions dans les hôpitaux publics ou privés. Les données concernant la maltraitance ont été extraites des registres administratifs de la protection de l'enfance. Pour chaque individu de la cohorte, il a été possible d'identifier s'il avait fait l'objet d'une notification de maltraitance, si cette maltraitance avait été simplement notifiée ou confirmée, si plusieurs types de maltraitance avaient été subis (négligence, violences physiques, psychologiques ou sexuelles) et si plusieurs notifications avaient été effectuées pour une même personne.

L'étude a révélé que 4 703 individus (soit 5,7 % de l'échantillon) ont été signalés aux services de protection de l'enfance, la première notification ayant lieu en moyenne entre 7 et 8 ans. Parmi les types de maltraitance signalés, la négligence (2 842 cas) était la plus fréquente, suivie des violences physiques (2 628 cas), des violences psychologiques (2 489 cas) et des violences sexuelles (1 334 cas). Sur l'ensemble des notifications, 3 510 ont été confirmées. De plus, 2 880 individus ont subi plusieurs types de maltraitance et 3 235 ont fait l'objet de plus de deux notifications. Les notifications étaient plus fréquentes chez les enfants de sexe féminin (53,4 % contre 48,3 % ; OR 1.23, IC 95 % [1.15-1.31]), et les enfants indigènes avaient un risque beaucoup plus élevé d'être notifiés pour maltraitance (25,2 % contre 4,9 % ; OR 6.48, IC 95 % [5.97-7.02]).

Les auteurs ont montré que la prévalence des troubles psychiatriques était plus élevée chez les individus exposés à la maltraitance, indépendamment du type de maltraitance subie. Les régressions logistiques ajustées en fonction du sexe et de l'origine ethnique ont confirmé que ces individus avaient un risque accru de développer ces troubles par rapport à ceux non exposés à la maltraitance.

Les troubles anxieux et la dépression étaient les troubles les plus fréquents chez les victimes de maltraitance.

Dans cette cohorte, toute notification de maltraitance pendant l'enfance était associée à un risque 3 à 8 fois plus élevé d'être admis à l'hôpital pour un trouble psychiatrique avant l'âge de 30 ans, pour chaque catégorie de diagnostic psychiatrique (trouble anxieux, dépression, trouble de stress post-traumatique, schizophrénie et psychose induite par les drogues).

.../... ARTICLE N°1 : **A longitudinal birth cohort study of child maltreatment and mental disorders using linked statewide health data for 83050 Queensland residents from 1983 to 2014.**

Cette association a été retrouvée pour chaque sous-type de maltraitance, qu'elle ait été uniquement notifiée ou confirmée. Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) a montré la relation la plus marquée, avec une augmentation significative du risque de développer ce trouble chez les victimes de maltraitance, multiplié par 7 à 9 fois.

Bien que cette étude présente des limites, telles que l'utilisation de données administratives sur les notifications de maltraitance et les hospitalisations pour troubles psychiatriques, ce qui peut avoir sélectionné les cas les plus graves, elle possède également des points forts. En particulier, l'étude repose sur une large cohorte de 83 050 participants et sur des données prospectives incluant les 4 grands sous-types de maltraitance, limitant ainsi les biais d'attrition et de déclaration. Le suivi à long terme, jusqu'à 30 ans, a permis de mieux comprendre la relation entre la maltraitance et les troubles psychiatriques, d'autant que le pic d'incidence de nombreux troubles psychiatriques se situe entre 25 et 30 ans.

En conclusion, cette étude met en évidence un lien fort entre la maltraitance infantile et le développement de troubles psychiatriques, en particulier le trouble de stress post-traumatique (TSPT). Les auteurs soulignent l'importance d'une identification précoce, d'une intervention et d'une prise en charge appropriée des victimes de maltraitance, afin de limiter les conséquences à long terme, notamment sur la santé mentale.



ARTICLE N°2 : **Child Maltreatment mortality in Canada analysis of coroner and medical examiner data**

Richmond N, Omstein A, Tonmyr L, Dzakpasu S, Nelson C, Pollock NJ.

Child abuse and Neglect, 2025 Jan;159:107127. (IF : 3.4).

Doi : 10.1016/j.chiabu.2024.107127

Il s'agit d'une étude à l'échelle de la population canadienne visant à déterminer l'importance de la mortalité chez l'enfant en lien avec la maltraitance.

Le constat de départ est :

- 1- La mort est la conséquence la plus dramatique de la maltraitance infantile et le taux d'homicides intéressant les enfants est utilisé comme marqueur de la mortalité en lien avec la maltraitance.
- 2- Ce taux varie entre 5.8 pour 100 000 aux USA à 0.6 pour 100 000 en Europe. Il était sur le territoire canadien, en 2020, de 0.5 pour 100 000 selon « The national Statistics Vital System », pour les enfants entre 0 et 19 ans.
- 3- Selon l'origine des sources (« Police versus Statistics Vital System »), il peut exister des discordances. De plus les deux systèmes de données peuvent sous-estimer les morts liés à la maltraitance en ne faisant pas la différence entre accident et véritables négligences.
- 4- A ce jour, les études canadiennes réalisées sur les morts liées à la maltraitance ont adopté des facteurs d'inclusion et des méthodologies différentes rendant difficiles des conclusions au niveau national.

Le but de l'étude ici est d'analyser la mortalité chez l'enfant (0 à 17 ans) liée à la maltraitance sur une période de 10 ans couvrant l'ensemble du territoire national.

Les objectifs sont 1) parmi les morts liées à la maltraitance celles en lien avec un homicide et celles de causes indéterminées 2) estimer le taux de mortalité en lien avec la maltraitance selon l'âge, le sexe, l'aire géographique et l'année 3) mesurer les différences entre les homicides d'enfants et la mortalité en lien avec la maltraitance.

Les données sont extraites de la base de données suivante « Canadian Coroner and Medical Examiner Database (CCMED) ». Cette base est examinée par des officiers de police et des professionnels de santé pour évaluer les causes des morts non naturelles (suicide, traumatismes non intentionnels, homicide, ...).

.../... ARTICLE N°2 : **Child Maltreatment mortality in Canada analysis of coroner and medical examiner data**

La période d'extraction couvre 2007 à 2016, et concerne 10 provinces et territoires sur les 13 que compte le Canada (ce qui correspond à 95 % de la population nationale). La manière de mourir a été classée dans la base de données comme mort naturelle, accidentelle, suicide, homicide, non déterminée, inclassifiable ou en attente. Pour l'étude, les morts codées homicide, non déterminée, et inclassifiable ont été analysées et les deux dernières ont été regroupées. Ainsi sur la période concernée en tenant compte des critères d'inclusions, c'est 1758 décès d'enfants qui ont été inclus : 25 % correspondent à des homicides et 75% des morts de manière indéterminée.

A partir des dossiers et certificats médicaux, les morts ont été classées selon des critères précis (voir article) en probable maltraitance, possible maltraitance, pas d'argument pour une maltraitance.

Parmi les principaux résultats, il faut retenir que :

- 61,2 % sont des garçons ; la moyenne du nombre de décès par an est de 176 cas ; le taux des homicides a deux pics : 2.11 pour 100 000 chez les enfants de moins de 1 an et 1.44 pour 100 000 chez les 15-17 ans
- 79,6 % des morts sont classées sans évidence de maltraitance, dans 14,9 % des cas la mort est due à une probable maltraitance et 5,5 % due à une possible maltraitance (total 20,4 % pour la maltraitance)

- Pour les morts par homicide, 56,5 % sont classés en probable ou possible maltraitance (mort causée par parents ou adulte prenant soins de l'enfant)
- Pour les morts de cause indéterminée, 91,6 % sont sans évidence de maltraitance
- La tranche d'âge la plus représentée pour les homicides est les 15-17 ans ; la tranche d'âge la plus représentée pour les morts de cause indéterminée est les enfants < 1 an.
- Le taux de mortalité par maltraitance est évalué à 0.55 pour 100 000 enfants mais ce taux est plus élevé pour les enfants de moins de 1 an avec 3.43 pour 100 000.

En conclusion, dans cette étude, les auteurs montrent une convergence entre le taux de mortalité par probable maltraitance et le taux d'homicide à partir des sources de police, qui est de 0.4 pour 100 000. Mais l'inclusion des cas de possible maltraitance, augmente significativement le taux de mortalité par maltraitance qui alors de 0.55 pour 100 000, donc 31 % plus élevé que les chiffres estimés par la police. Cette étude montre par ailleurs que sont surtout concernés les enfants de moins de 1 an faisant de la période du post partum une période particulièrement à risque de décès suite à une maltraitance.

ARTICLE N°3 : **Accidental detection of Cocaine In urine in pediatric patients: Cases series and literature review**

Focardi M, Binchi I, Romanelli M, Gori V, Nanni L, Vaiano F & Losi Stefania
Children (Basel) 2024 Oct 28;11(11):1301. (IF 2.0).
Doi : 10.3390/children11111301.

Il s'agit d'un travail multidisciplinaire, impliquant plusieurs équipes de Florence (Italie) : médecins légistes, biochimistes de laboratoire de toxicologie, médecins des urgences et médecins impliqués dans la protection de l'enfance. Les auteurs ont colligé les cas d'intoxication à la cocaïne chez l'enfant qu'ils discutent à partir d'une revue de la littérature.

Le constat de départ est :

- 1- L'exposition des enfants à la cocaïne dans l'environnement de la maison représente un problème complexe sur le plan clinique et médico-légal. La découverte fortuite sur un dépistage urinaire d'exposition à la cocaïne pour des cas suspects de maltraitance est connue.
- 2- Les américains ont souligné cette problématique dans des cas d'exposition des enfants au fumée de crack, dans de larges séries.
- 3- Les enfants peuvent être exposés à la cocaïne par plusieurs mécanismes possibles : exposition prénatale, allaitement, par administration intentionnelle, par ingestion accidentelle, par exposition aux fumées de crack ou par contamination à partir des poussières de cocaïne à travers l'activité oro-manuelle.
- 4- La recherche est généralement effectuée devant des symptômes neurologiques mais elle devrait être faite devant toute forme de maltraitance.

Les auteurs rapportent une série de cas avec leurs implications médico-légales et la nécessité de prise en charge globale de telles situations.

.../... ARTICLE N°3 : **Accidental detection of Cocaine In urine in pediatric patients: Cases series and literature review.c**

Il s'agit d'une étude rétrospective, des cas dépistés positifs à la cocaïne entre 2016 et 2023 dans le département des urgences de l'hôpital de Florence en Italie chez les enfants de moins de 14 ans ayant fait l'objet de l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans la protection de l'enfance comprenant pédiatre, psychologue, neuropsychiatre, infirmières et travailleurs sociaux équivalent à une UAPED.

Pendant la période mentionnée, 764 enfants accueillis au département des urgences ont été évalués par l'équipe pluridisciplinaire (GAIA = Child and Adolescent Abuse Group) pour suspicion de maltraitance. 124 enfants ont fait l'objet d'un dépistage urinaire incluant (Cocaïne, opiaces, cannabis, amphétamines, barbituriques, méthadone et benzodiazépines) pour une des deux raisons suivantes : signes cliniques laissant suspectés une intoxication et/ou contexte familial de détresse ou de dépendance à des toxiques. Le dépistage urinaire a permis de retrouver 11 cas positif à la cocaïne ou son principal métabolite le Benzoylecgonine. Ce qui représente 9% contre 11% pour les benzodiazépines et 15 % pour les dérivés du cannabis.



Il s'agissait de nourrissons âgés entre 2 mois et 34 mois sauf pour une d'entre-eux âgée de 12 heures de vie. Il y avait 7 garçons et 4 filles. Pour 3 cas les enfants n'avaient pas de symptômes et 8 présentaient des signes en lien avec une exposition à la cocaïne, neurologiques (sommolence, hypotonie, convulsion, agitation), digestifs (diarrhées, vomissements) ou respiratoire (dépression respiratoire). Le mode de contamination : probablement prénatale in utero pour le plus jeune ; par allaitement, ou exposition environnementale. Dans tous les cas un signalement est fait au procureur comme requis par le code pénal italien et au juge des enfants.

Dans la discussion les auteurs rappellent la fréquence élevée de situation où les enfants peuvent être exposés à des drogues (1 enfant sur 35 vivrait dans une famille où au moins un des parents souffre de toxicomanie vis à vis d'une drogue illicite) et le caractère démontré d'une association entre usage de drogues chez les parents et exposition à des violences et/ou négligences chez les enfants. Il est donc important de rechercher dans les cas de suspicion de maltraitance une telle exposition. Si l'exposition à la cocaïne est le plus souvent symptomatique (signes neurologique, digestif et/ou respiratoire), les enfants peuvent aussi rester asymptomatiques. L'exposition prénatale peut avoir des conséquences à long terme notamment en terme neurodéveloppemental (troubles du comportement, troubles des apprentissages avec atteinte cognitive touchant notamment le langage et la mémoire, microcéphalie). Les auteurs rappellent également que si les conséquences immédiates d'une exposition post-natale à la cocaïne sont bien décrites les conséquences à long terme ne le sont pas. Les auteurs précisent que l'analyse des cheveux après exposition à la cocaïne chez l'enfant est plus difficile que chez l'adulte car le cheveu est plus poreux, sa vitesse de pousse variable d'un enfant à l'autre faisant les résultats d'interprétation difficile.

La fréquence des cas détectés même si l'échantillon reste faible amène l'équipe à proposer une recherche de toxiques urinaires chez tout enfant suspect de maltraitance même en absence de signe laissant suspecter une intoxication.

ARTICLE N°4 : Seizures, medical child abuse, and the pediatric neurologist



Goulbourne M, Huber CM.

Seminars in Pediatric Neurology 2024, Jul;50:101137 (IF: 2.4).

Doi : 10.1016/j.spen.2024.101137.

Il s'agit d'un article s'intégrant dans un numéro spécial de la revue *Seminars in Pediatric Neurology* consacrée à la maltraitance infantile. L'article rédigé par des pédiatres Nord-américains de l'hôpital de Colombus aborde la question des convulsions en tant que symptômes neurologiques pouvant évoquer un « Medical Child Abuse » anciennement syndrome de Munchhausen par procuration.

Le constat de départ est :

1- Le syndrome de Munchhausen par procuration (ou MCA) est une forme de maltraitance de diagnostic complexe vraisemblablement sous diagnostiquée dont l'incidence annuelle varie de 0.5 à 2.8 pour 100 000 enfants de moins de 16 ans.

2- Les symptômes neurologiques sont les signes d'appel les plus fréquents avec 40 à 50 % des MCA. En premier lieu il s'agit des crises épileptiques.

3- Les crises sont le signe d'appel de 18 à 42 % des MCA.

Dans cet article, les auteurs décrivent des différentes situations de MCA avec crises 'fabriquées' et rapportent les éléments permettant un diagnostic précoce.

Les âges rapportés vont de 4 mois à 21 ans avec généralement des enfants âgés de moins de 5 ans et les crises généralisées tonico-cloniques sont les plus fréquemment rapportées. Il faut savoir que pour l'épilepsie un EEG normal n'exclut pas complètement le diagnostic et parfois la décision d'un traitement d'épreuve peut être prise, ce qui rend la situation complexe.

Schématiquement, il existe un spectre allant de l'exagération de symptômes existants à des crises induites volontairement par le parent.

1- Il peut s'agir d'enfants épileptiques chez lesquels sont rapportés des crises. Dans cette situation il conviendra de faire la différence entre des parents exagérément inquiets et des parents induisant volontairement des examens et/ou des traitements pouvant nuire à l'enfant.

2- Il peut s'agir de 'caregivers' qui créent de fausses histoires de crises chez des enfants souvent jeunes et/ou non communicants ce qui rend le diagnostic très difficile.

3- Enfin il peut s'agir de crises induites soit par étouffement (enfant souvent de moins de 5 ans, possible lésions de la face (pétéchies visage) ou saignement de nez), soit par administration de médicaments ou substances non médicamenteuses. Dans une étude britannique de 1996 sur 128 cas de MCA, les auteurs rapportent que dans 71 % des 44 cas liés à un empoisonnement il s'agissait d'un traitement prescrit par une équipe médicale.

Les auteurs font ressortir des caractéristiques générales pour aider le praticien au diagnostic de MCA ou syndrome de Munchhausen by proxy :

1- **Enfants** : aussi bien des garçons que des filles, âgés le plus souvent de moins de 5 ans avec histoire médicale comprenant consultations et hospitalisations multiples et réalisations de nombreux examens à visée diagnostique. Dans un certain nombre de cas il existe de vrais symptômes et un diagnostic de pathologie chronique traitée.

2- **Agresseur** : le souvent la mère, généralement mariée avec une histoire la concernant de mauvais traitements. On retrouve des ATCD psychiatriques avec dans 30 % des cas une histoire de troubles factices auto-induits. Parfois publications sur les réseaux sociaux de l'histoire de l'enfant pour obtenir sympathie, recherche d'attention voire soutiens financiers. Réaction de déception ou désapprobation devant des résultats négatifs et recherche d'un nouvel avis médical.

3- **Autre parent** : souvent absent ou occupé au travail ; peut s'en remettre au récit de l'agresseur concernant les symptômes persistants de l'enfant, même s'il n'en a jamais été témoin et que l'enfant semble normal lorsqu'il est sous sa garde.

4- **Dans 61 % des fratries d'enfant subissant un MCA** peuvent subir ou avoir subi la même chose ; 12 à 25 % des victimes de MCA ont un frère ou sœurs décédés.

5- **Dans le cas de crises épileptiques** : les drapeaux rouges sont la normalité des EEG, l'absence de témoins des crises en dehors de la mise en cause, l'absence d'efficacité du traitement introduit.

6- **Devant une crise** : tests urinaires et sanguins doivent être réalisés pour doser médicaments et/ou toxiques ; dosage des médicaments sont aussi important si prescrit antérieurement et un EEG peut être utile à la phase aiguë d'une crise épileptique.

En conclusions les auteurs font des recommandations précises quant à la conduite à tenir :

1- Interaction avec les différents professionnels impliqués avec coordination d'une réunion y compris les professionnels du milieu scolaire = mettre en commun les interrogations autour du cas

2- Prendre le temps de faire une synthèse de tous les antécédents médicaux et résultats concernant l'enfant

3- Une hospitalisation en cas de crises épileptiques pour enregistrer l'évènement ; une séparation d'avec le parent peut être utile

4- Une Vidéo-EEG est différente d'un enregistrement vidéo à l'insu des parents non utilisé en France

5- Une fois le diagnostic posé, signalement avec séparation de l'agresseur est nécessaire. La disparition des symptômes dans le nouveau milieu est un argument important pour confirmation du diagnostic

6- Les conséquences pour l'enfant peuvent être des conséquences psychiques avec syndrome anxieux, dépressif et/ou syndrome de stress post traumatique.