

UNIVERSITÉ DE LILLE  
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2019

# Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine

**Évaluation de l'activité de pédiatrie sociale**

**aux urgences pédiatriques du CHU de Lille entre 2017 et 2019**

Présentée et soutenue publiquement le 25/06/2019 à 14h  
au Pôle Recherche  
**Par Gillian Neggia**

---

## JURY

**Président :**

**Monsieur le Professeur Stéphane LETEURTRE**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Jean Marc LEFEVBRE**

**Monsieur le Docteur Anne MATTHEWS**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Professeur François DUBOS**

---

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## Résumé

**Introduction** : l'enfance en danger est un problème de santé publique souvent sous-estimé. La prise en charge de ces patients est rendue complexe par une difficulté de dépistage et de prise en charge.

**Objectif** : L'objectif principal était de fournir une description globale de l'activité de pédiatrie sociale dans le service des urgences pédiatriques du CHU de Lille.

**Matériels et méthodes** : étude rétrospective, monocentrique menée dans le service des urgences pédiatriques du CHU de Lille sur la période du 16/09/2017 au 11/02/2019.

**Résultats** : L'étude a porté sur 245 patients soit 0,6% des passages. L'âge médian était de 5 ans (EIQ : 2-13). Ils étaient pris en charge principalement en horaire de garde (69%). La durée moyenne de prise en charge était de 9 heures ( $\pm 11$ h). Les patients consultaient pour plainte somatique dans 31% des cas, agression sexuelle dans 23%, trouble du comportement dans 20%, pour maltraitance physique dans 17%, et précarité dans 9% des cas. Il était nécessaire de passer en moyenne 2 appels ( $\pm 2$ ) par patient. Les principales mesures sociales prises étaient un lien UTPAS/ASE/PMI (34%), un signalement (24%), une information préoccupante (12%), un lien auprès du réseau d'aides sociales (12%), une note au juge des enfants/lien AEMO (10%). Les patients ont été hospitalisés en UHCD pour 33% ; 78% sont retournés à leur domicile. Les patients ont nécessité une prise en charge après leur sortie des urgences pour 51% d'entre eux.

**Conclusion** : Cette étude a montré une activité de pédiatrie sociale importante au sein des urgences pédiatriques du CHU de Lille, en augmentation par rapport aux données publiées il y a 10 ans.

## Sommaire

1. Introduction.....	5
2. Objectifs.....	10
3. Matériels et méthodes	
3.1. Caractéristiques générales de l'étude.....	11
3.2. Critères d'inclusions.....	11
3.3. Critères d'évaluations.....	11
3.4. Définitions.....	11
3.5. Méthode de recueil des données.....	14
3.6. Données recueillies.....	14
3.7. Aspects réglementaires.....	16
3.8. Analyses statistiques.....	16
4. Résultats	
4.1. Caractéristiques générales des patients de l'étude.....	18
4.2. Prise en charge selon le motif de consultation .....	22
5. Discussion	
5.1. Rappel des résultats principaux.....	28
5.2. Comparaison aux données de la littérature.....	31
5.3. Limites .....	34
5.4. Perspectives.....	35
6. Conclusion.....	36
 BIBLIOGRAPHIE .....	 37

## **Abréviations :**

AEMO : Action éducative en milieu ouvert

ASE : Aide sociale à l'enfance

CMAO : Coordination Mobile d'Accueil et d'Orientation (=SAMU social 59)

CNPE : Conseil National de la Protection de l'Enfance

DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale

DPJJ : Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

IP : Information Préoccupante

ITEP : Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques

JE : Juge des Enfants

MSL : Médecine santé solidarité

ODAS : Observatoire national de l'action sociale

ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SSMSI : Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure

TISF : Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UP : Urgences pédiatriques

UPEA : Unité de Pédopsychiatrie pour Enfants et Adolescents

UTPAS : Unité Territorial de Protection et Aide Sociale

# 1 Introduction

La maltraitance est un problème de santé publique reconnu par tous les états (1). Comme pour toute pathologie, l'épidémiologie de la maltraitance a trois objectifs d'études principaux : l'estimation de sa fréquence, l'identification de facteurs de risque et celle des conséquences à long terme. On retrouve une littérature médicale importante sur les deux derniers objectifs mais moins de donnée sur la fréquence de la maltraitance. Actuellement via un plan international l'OMS (1) incite les états à améliorer le recueil des données. Pour estimer cette fréquence il faut une définition précise et si possible consensuelle de la maltraitance. Or il existe des nuances non négligeables dans les définitions utilisées à travers le monde.

## *Définition de la maltraitance*

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la maltraitance comme des violences et de la négligence envers toute personne de moins de 18 ans (1). Elle comprend toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, 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. Parfois, on considère aussi comme une forme de maltraitance le fait d'exposer l'enfant au spectacle de violences entre partenaires intimes.

En France la notion de maltraitance regroupe des conduites qui, par leur violence ou leur répétition, sont susceptibles de retentir sur l'état général des enfants et de nuire gravement à leur développement physique et psychologique (2). Cette définition s'applique aux sévices physiques, par négligence ou carence de soins, psychologiques, abus ou sévices sexuels, sévices par procuration ou syndrome de

Münchhausen par procuration.

Les définitions établies par l'Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS) ont été les plus couramment utilisées et ne sont pas obsolètes (3). On distingue trois groupes d'enfants :

- L'enfant en risque de maltraitance : tout enfant connaissant des conditions d'existence qui mettent en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, sans pour autant être maltraité ;
- L'enfant maltraité : tout enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques ou de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique ;
- L'enfant en danger : catégorie regroupant les deux précédentes.

*Estimations épidémiologiques actuelles :*

Selon les données nationales françaises de 2017, 308 400 mineurs étaient concernés par une mesure de protection de l'enfance (Figure 1), chiffre en constante augmentation et même en accélération sur les trois dernières années (4), avec un contexte local qui varie en fonction du département (Figure 2) (5).

Malgré l'importance et l'augmentation de ces chiffres, il existerait un sous dépistage important de la maltraitance. Une étude publiée en 2009 estimait à 10% le nombre d'enfants maltraités dans les pays dits « développés », bien au-dessus de nos recensements nationaux (6).

Champ : mineurs (0-17 ans) faisant l'objet d'au moins une prestation/mesure en protection de l'enfance, France métropolitaine et départements et régions d'outre-mer (Drom), hors Mayotte.

Sources : Drees, DPJJ, Insee (estimation de population au 1<sup>er</sup> janvier 2017, résultats provisoires arrêtés fin 2017), ministère de la Justice, calculs ONPE.

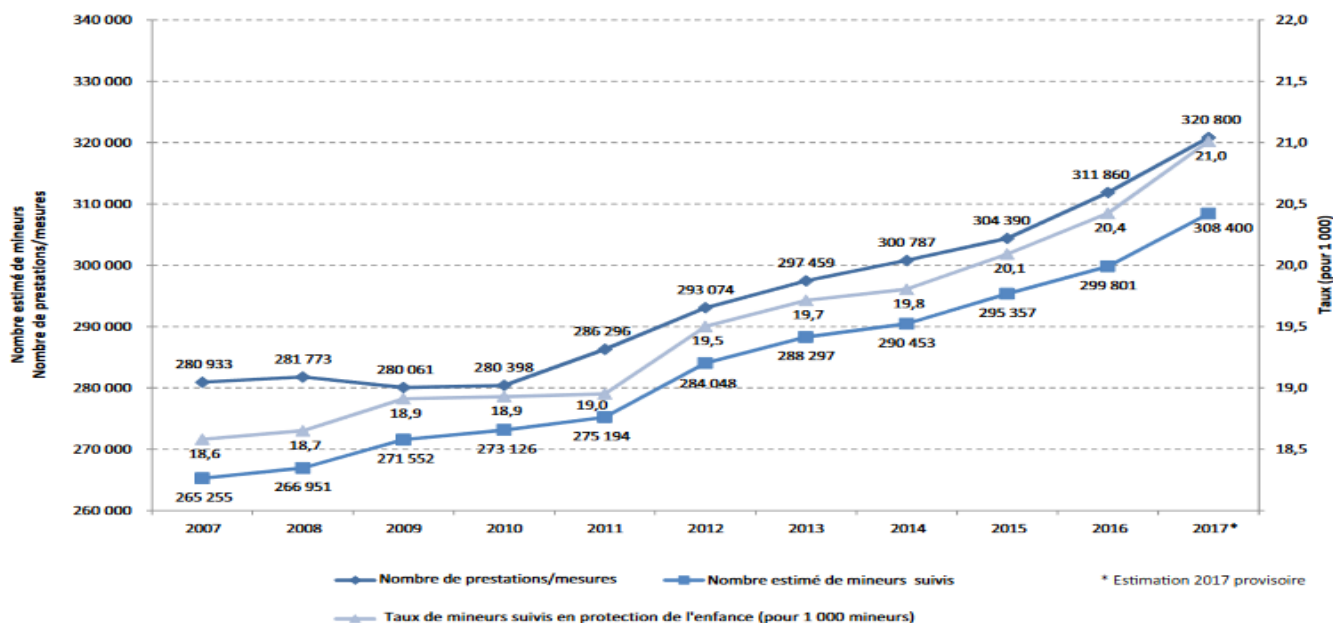
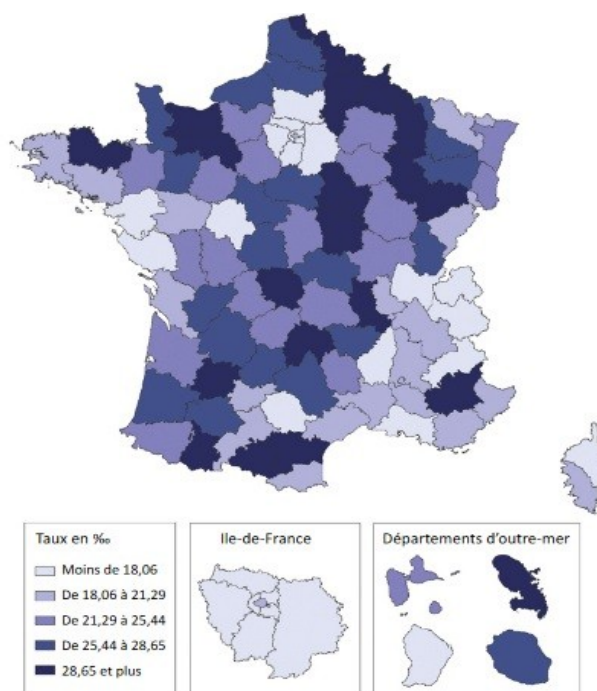


Figure 1 : Évolution des suivis de mineurs en protection de l'enfance en France, 2007-2017



Champ : mineurs (0-17 ans) et jeunes majeurs (18-20 ans) faisant l'objet d'au moins une intervention en protection de l'enfance, France entière.

Source : Drees, DPJJ, Insee (estimations de population au 1<sup>er</sup> janvier 2017, résultats provisoires arrêtés fin 2017), calculs ONPE.

Figure 2. Cartographie des bénéficiaires d'au moins une intervention en protection de l'enfance au 31/12/2016 (taux/1000)



### Limites des données statistiques françaises :

Les données de l'observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE)(7) sont issues de la compilation de trois sources officielles de données : le nombre de mesures judiciaires (milieu ouvert et placement) en cours au 31 décembre, par département, recensé par la direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ), le nombre de mineurs suivis par le juge des enfants au 31 décembre, par département, données recueillies par le ministère de la Justice à partir des données sur l'activité civile des tribunaux pour enfants, le nombre de prestations ou mesures d'aide sociale à l'enfance (ASE) en cours au 31 décembre, par département et selon les différents types de prise en charge, issu de l'enquête annuelle de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale. « *Les sources de données existantes traitant de l'enfance en danger sont avant tout issues de dispositifs à finalités gestionnaires et ne visent pas la connaissance d'une population précise. Elles se rapportent davantage à des événements qu'à des enfants.* » (7).

L'estimation épidémiologique issue du système de santé n'est pas prise en compte, hormis via les informations préoccupantes (IP). Mais l'enquête de l'ONAS en 2011 à partir des IP n'a pas permis d'obtenir des données chiffrées fiables du fait de l'hétérogénéité du traitement et de comptabilité des IP entre les différents départements (7). Certains types de maltraitance moins visibles tels que les négligences, violences psychologiques ou cachées comme les violences dans les classes sociales élevées ont pu passer inaperçus, et ainsi diminuer les estimations épidémiologiques.

Dans une enquête en 2016 portant sur la prise en charge de la maltraitance infantile (8), à laquelle 42,4% des pédiatres de la région bretonne ont participé, il a été montré qu'une très grande majorité des répondants (93%) éprouvait des

difficultés au diagnostic de maltraitance et 41% n'avaient pas réalisé de signalement dans les 7 dernières années. De plus, 68% déclaraient ne pas avoir reçu de formation suffisante.

### Importance de l'identification :

L'amélioration du dépistage, du suivi et de la prise en charge de la maltraitance est essentielle. L'OMS en fait une de ses priorités (9). Les conséquences à court et moyen termes de la maltraitance sur la santé des enfants sont démontrées (9), ainsi que les coûts qu'elle entraîne (10).

Les patients victimes de maltraitance ont une probabilité deux fois plus importante de consulter aux urgences que la population générale (11). L'hôpital est donc un lieu de dépistage important. Il permet :

- Une mise à l'abri de l'enfant en cas de besoin ;
- Une action pluridisciplinaire ;
- D'évaluer la relation parents-enfant ;
- De mettre en confiance l'enfant ;

### Difficulté de prise en charge aux urgences :

L'identification aux urgences des cas de maltraitance est complexe. L'examen clinique est souvent peu contributif, que ce soit dans les cas de suspicion de maltraitance physique (12) ou de maltraitance sexuelle (13). La prise en charge globale du patient et de la famille est importante. Elle nécessite une prise en charge pluridisciplinaire (14) avec l'avis des médecins légistes, des psychiatres et des assistantes sociales. Il est souvent nécessaire d'appeler des interlocuteurs extérieurs afin de coordonner la prise en charge des familles une fois le patient sorti des urgences. L'activité de pédiatre sociale nécessite un interrogatoire approfondi et méticuleux (15).

### Données préalables aux urgences pédiatriques du CHU de Lille

Une étude (16) réalisée aux urgences pédiatriques du CHU de Lille sur la période du 11/04/2009 au 10/07/2010 étudiait le passage des enfants pour qui l'équipe soignante a suspecté une maltraitance. Quatre-vingt-dix-sept enfants étaient inclus sur 14 mois soit environ 2 par semaine. Cela correspondait à 0,3% des consultations aux urgences pédiatriques. Quarante-deux enfants (43%) étaient suspects d'avoir subi une agression sexuelle et 55 (57%) d'avoir subi une maltraitance autre. Les consultations avaient principalement lieux en période de garde 63 %.

Depuis lors, en lien avec le seul médecin référent en pédiatrie sociale à l'hôpital pédiatrique du CHU, deux médecins des urgences pédiatriques se sont formés à la reconnaissance et à la prise en charge de l'enfance en danger.

C'est pour fournir des données épidémiologiques récentes sur l'activité de pédiatrie sociale aux urgences pédiatriques et estimer la charge de travail que cela représente que cette étude a été menée.

## **2 Objectifs**

L'objectif principal était de fournir une description globale de l'activité de pédiatrie sociale dans le service des urgences pédiatriques du CHU de Lille.

L'objectif secondaire était de décrire en détail les différentes catégories de maltraitance identifiées.

# 3 Matériels et Méthodes

## 3.1. Caractéristiques générales de l'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive, rétrospective, monocentrique menée dans le service des urgences pédiatriques du CHU de Lille sur la période du 16/09/2017 au 11/02/2019.

## 3.2. Critères d'inclusion :

Tout enfant passé aux urgences pédiatriques du CHU de Lille, ayant nécessité un avis social et colligé dans le classeur de pédiatrie sociale était inclus.

Étaient exclus tous les patients nécessitant une hospitalisation pour raison médicale et dont la prise en charge sociale était réalisée par les praticiens des services d'hospitalisation, en lien avec le pédiatre référent en pédiatrie sociale au sein du Pôle Enfant.

## 3.1. Critères d'évaluation

Le temps passé à la prise en charge de ces situations sociales, globalement et par catégories.

Le nombre d'IP et signalements judiciaires effectués, globalement et par catégories.

Le nombre de situations ayant nécessité des actions par les praticiens des urgences après la sortie du patient, globalement et par catégories.

## 3.2. Définitions

- Les temps de prise en charge recueillis ont correspondu au temps effectif passé dans les urgences pédiatriques, au temps consacré aux appels auprès des différents intervenants de l'équipe pluridisciplinaire, au temps passé *a posteriori* par les médecins référents en pédiatrie sociale pour des actions de protection de l'enfance,

après la sortie de l'enfant des urgences pédiatriques.

- L'Information préoccupante (IP) a été définie par l'article R226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles comme « *une information transmise à la cellule départementale mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 pour alerter le président du conseil départemental sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement :*

- *pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être*

- *ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être*

*La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier »*

- Lien avec L'Unité Territoriale de Prévention et D'action Sociale (UTPAS), avec la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et l'ASE : quand l'enfant bénéficie déjà d'une information préoccupante en cours, les pédiatres référents en pédiatrie sociale se sont mis en lien avec les personnes référentes du dossier. Le lien à la PMI été fait quand l'enfant avait moins de six ans. Le lien UTPAS/ASE a été fait pour tout enfant au-delà de six ans.

- Le signalement judiciaire a été défini par l'article L 226-4 du code l'action sociale et des familles comme « *Toute personne travaillant au sein des organismes mentionnés à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 226-3 qui avise directement, du fait de la gravité de la situation, le procureur de la République de la situation d'un mineur en danger, adresse une copie de cette transmission au président du conseil*

départemental.

- *Qu'il a déjà fait l'objet d'une ou plusieurs actions mentionnées aux articles [L. 222-3](#) et [L. 222-4-2](#) et au 1° de l'article [L. 222-5](#), et que celles-ci n'ont pas permis de remédier à la situation*
- *Que, bien que n'ayant fait l'objet d'aucune des actions mentionnées au 1°, celles-ci ne peuvent être mises en place en raison du refus de la famille d'accepter l'intervention du service de l'aide sociale à l'enfance ou de l'impossibilité dans laquelle elle se trouve de collaborer avec ce service ;*
- *Que ce danger est grave et immédiat, notamment dans les situations de maltraitance.*
- *Il avise également sans délai le procureur de la République lorsqu'un mineur est présumé être en situation de danger au sens de l'article [375](#) du code civil mais qu'il est impossible d'évaluer cette situation. »*

- Note au juge des enfants (JE) ou lien Aide éducatif en milieu ouvert (AEMO) :  
Quand l'enfant avait déjà bénéficié d'un signalement, les pédiatres référents ne l'avaient pas reproduit mais avaient adressé au juge des enfants une note d'information en lien avec les personnes référentes du dossier.

- Viol : il a été défini par l'article 222-23 du code pénal comme « *tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol* ».

- Attouchement (atteinte sexuelle) : Défini par l'article 222-22 du code pénal  
« *Constitue également une agression sexuelle le fait de contraindre une personne par la violence, la menace ou la surprise à subir une atteinte sexuelle de la part d'un tiers.* »

- Pour les personnes mineures de moins de quinze ans l' Article 222-22-1 du code pénal « *la contrainte morale ou la surprise sont caractérisées par l'abus de la vulnérabilité de la victime ne disposant pas du discernement nécessaire pour ces actes.* »

- Agression sexuelle : regroupe les catégories d'attouchement et de viol.

### **3.1. Méthode de recueil des données**

Une fiche de recueil standardisée a été élaborée à l'occasion de ce recueil. Les dossiers des patients inclus ont été colligés de façon systématique dans un classeur spécifique tenu par les praticiens référents pour la pédiatrie sociale aux urgences pédiatriques. Certaines données ont donc été systématiquement recueillies de façon prospective par ces référents (cf. ci-dessous). Les données manquantes ont été recueillies a posteriori dans le dossier patient informatisé. Les données secondairement anonymisées ont été colligées dans un tableur Excel.

### **3.2. Données recueillies**

#### **3.2.1. *Données anamnestiques***

Il s'agit de la date de naissance du patient, le sexe, le code postal du domicile du patient, la date de passage aux urgences, l'heure d'arrivée ainsi que l'heure de sortie, l'horaire de garde ou non, adressé par un médecin (traitant ou transfert d'un autre centre); et le mode d'arrivée du patient (avec le titulaire de l'autorité parentale, ou une autorité légale (service de secours : la police ou les pompiers), autre (éducateur service sociaux, internat, ami)).

### **3.2.2.**      *Antécédents sociaux*

Il s'est agi des mesures sociales connues antérieures concernant le patient et sa famille parmi : enfant placé ; enfant ayant bénéficié d'information préoccupante ; enfant dont le dossier avait été judiciairisé (AEMO, JE, plainte) ; enfant bénéficiant d'aides sociales en place ou en cours ;

### **3.2.3.**      *Données cliniques*

Elles ont compris le motif de consultation réparti en cinq catégories : précarité, agression physique, agression sexuelle (comprenant les plaintes de viol), trouble du comportement (comprenant les conduites à risque, les conduites hétéro-agressives).

### **3.2.4.**      *Les demandes d'avis complémentaires :*

Il s'est agi des avis psychiatriques (Intervention de l'UPEA ou du psychiatre de garde), de l'équipe d'assistantes sociales, des avis spécialisés pédiatriques, de l'avis du médecin légiste.

Le nombre et le type d'appels passés à des partenaires extérieurs a été relevés : lien avec l'UTPAS, avec la justice (appelle JE, officier judiciaire), avec le personnel éducatif (AEMO, collège, foyer), avec les services d'aide sociale (Médecins Solidarité Lille (MSL), Samu social (115), Association Eole)

### **3.2.5.**      *Le nombre d'examens complémentaires réalisés :*

Étaient relevés la réalisation d'une imagerie, sans distinguer les radiographies, échographies scanners et IRM, la réalisation d'un bilan sanguin, la réalisation d'un examen des urines sans distinguer les toxiques urinaires, la bandelette urinaire et l'examen cyto-bactériologique des urines.



### **3.2.6.** *Les données sur le diagnostic*

Il s'agissait du diagnostic final, classée en 8 catégories : précarité ; carence de soins ; viol ; agression sexuelle ; maltraitance physique ; maltraitance psychologique ; psycho-social ; médicale autre ; et de l'orientation des patients.

### **3.2.7.** *La prise en charge sociale, classée en 7 catégories :*

Information préoccupante, lien UTPAS/ASE/PMI, signalement judiciaire, note au juge des enfants ou lien AEMO, programmation de consultation spécialisée de pédiatrie sociale, lien social (MSL, SSD (service social départemental), assistante sociale collègue, La sauvegarde du Nord, AIDA, suivi PMI), autre (*lien avec psychiatre de ville, consultation dermatologique, aucune action mené*).

Il a été relevé également la nécessité ou non d'une hospitalisation de courte durée dans le service des urgences. L'orientation du patient à la sortie des urgences était notée : retour à domicile, hospitalisation conventionnelle, ou patient confié à un tiers de confiance. La nécessité d'une action après la sortie du patient des urgences a été relevée.

## **3.3. Aspects réglementaires**

Ce recueil monocentrique de données observationnelles, rétrospectives a fait l'objet d'une déclaration auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) via le site intranet du CHU de Lille Document en annexe.

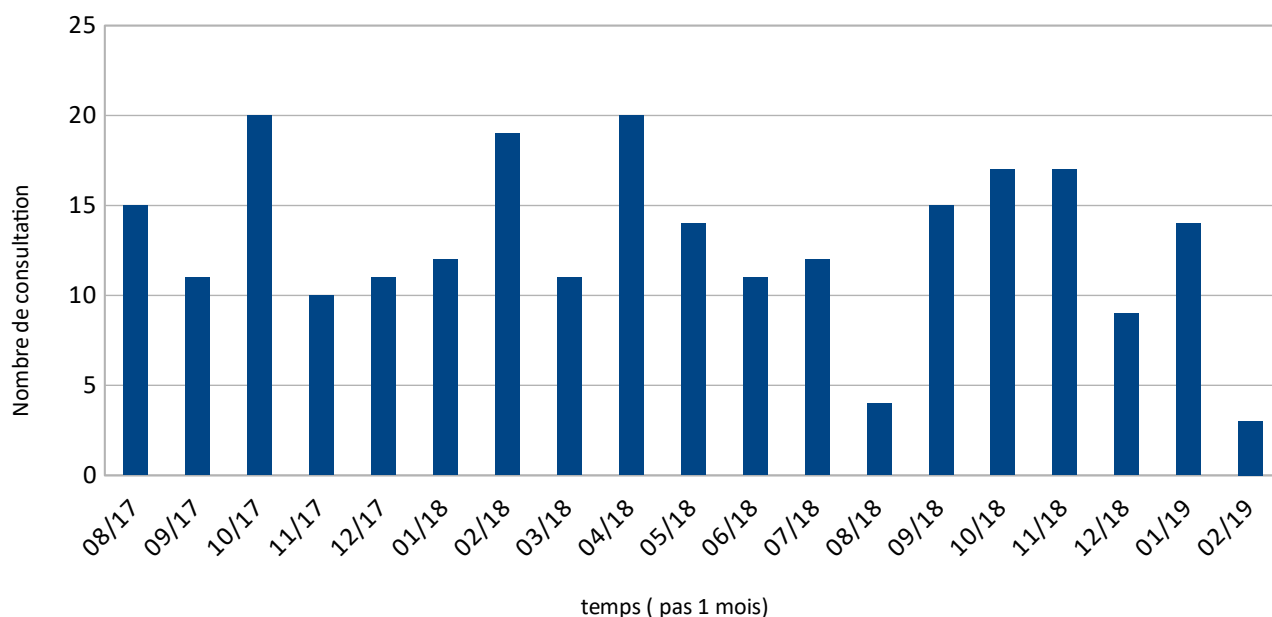
### **3.4. Analyses statistiques :**

En premier lieu une description globale de la population incluse a été faite. Puis une analyse par catégories de maltraitance a été réalisée. Les temps de prise en charge, nombre d'IP et de signalements et le temps passé a posteriori sur ces situations sociales ont été évalués de façon globale et par catégories. Les variables dichotomiques ont été présentées en pourcentage avec leurs intervalles de confiance (IC) à 95%. Les variables continues ont été présentées en médianes avec leurs écarts interquartiles (EIQ). Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel LibreOffice V6.1.6.3.

## 4. Résultats

### 4.1. Caractéristiques générales des patients de l'étude

Sur la période d'étude de 1 an et 5 mois, 245 patients (âge moyen 7 ans (+/- ET), 49% de garçon) ont justifié d'une évaluation sociale au sein des urgences pédiatriques du CHU de Lille soit environ 0,6% du total des consultations.



**Figure 3.** Répartition mensuelle des consultations aux urgences pédiatriques du CHU de Lille avec raison sociale sur la période d'étude (n=245)

La répartition du nombre de consultations dans le temps est décrite dans la figure 3. Dans 59% des cas (n=143) le patient est arrivé sur un horaire de garde et 69% (n=168) des situations ont nécessité une gestion durant un horaire de garde. Les patients ont été principalement orientés aux urgences par la ou les personnes détenant l'autorité parentale (75%). L'origine géographique des patients est décrite dans les figures 4 et 5. Les jours de consultation sont représentés sur la figure 6.

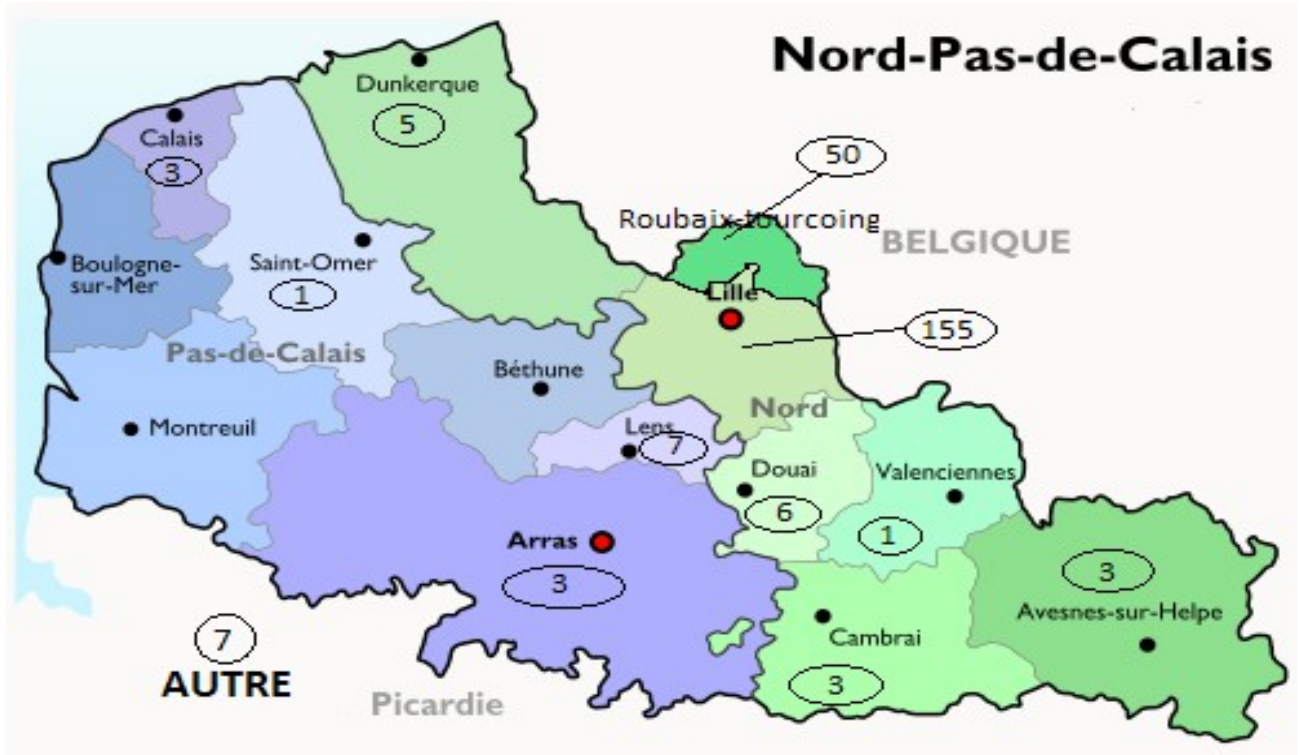


Figure 4. Répartition géographique de l'origine des patients par aire urbaine

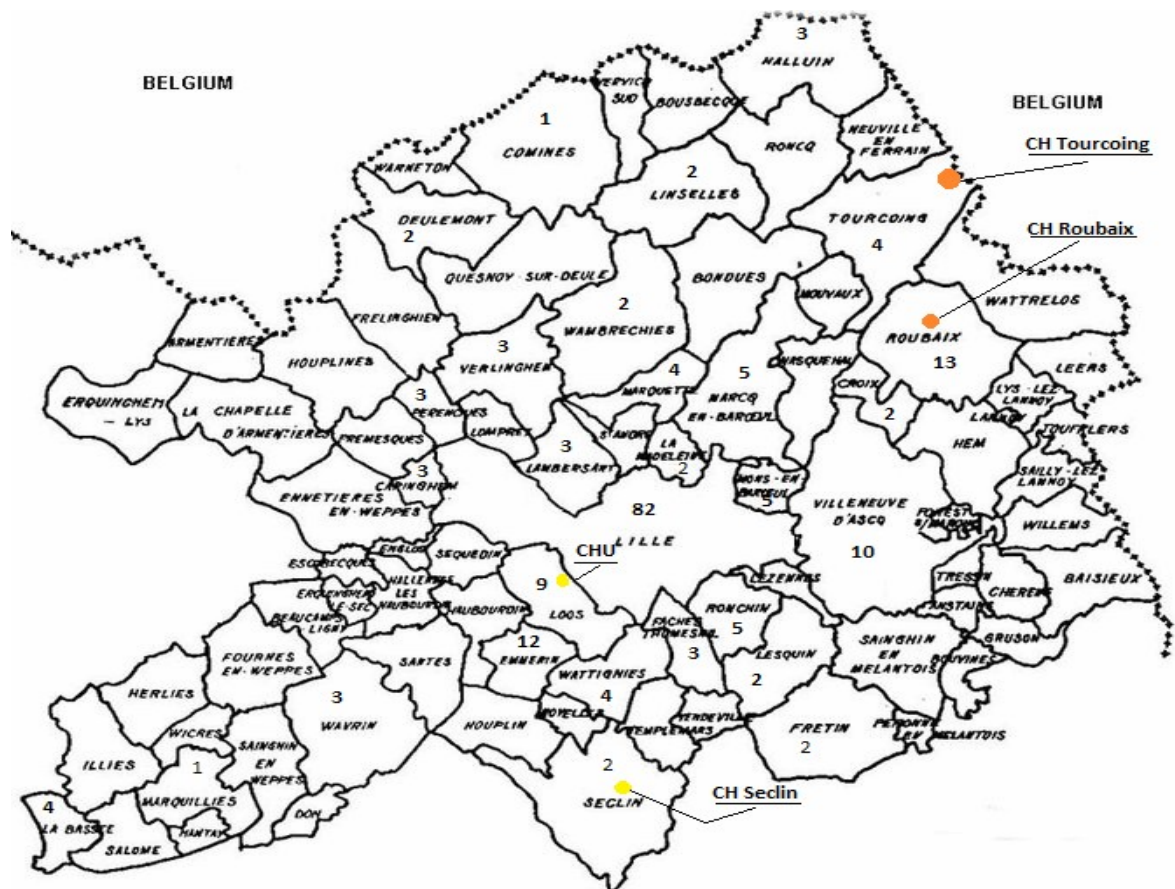
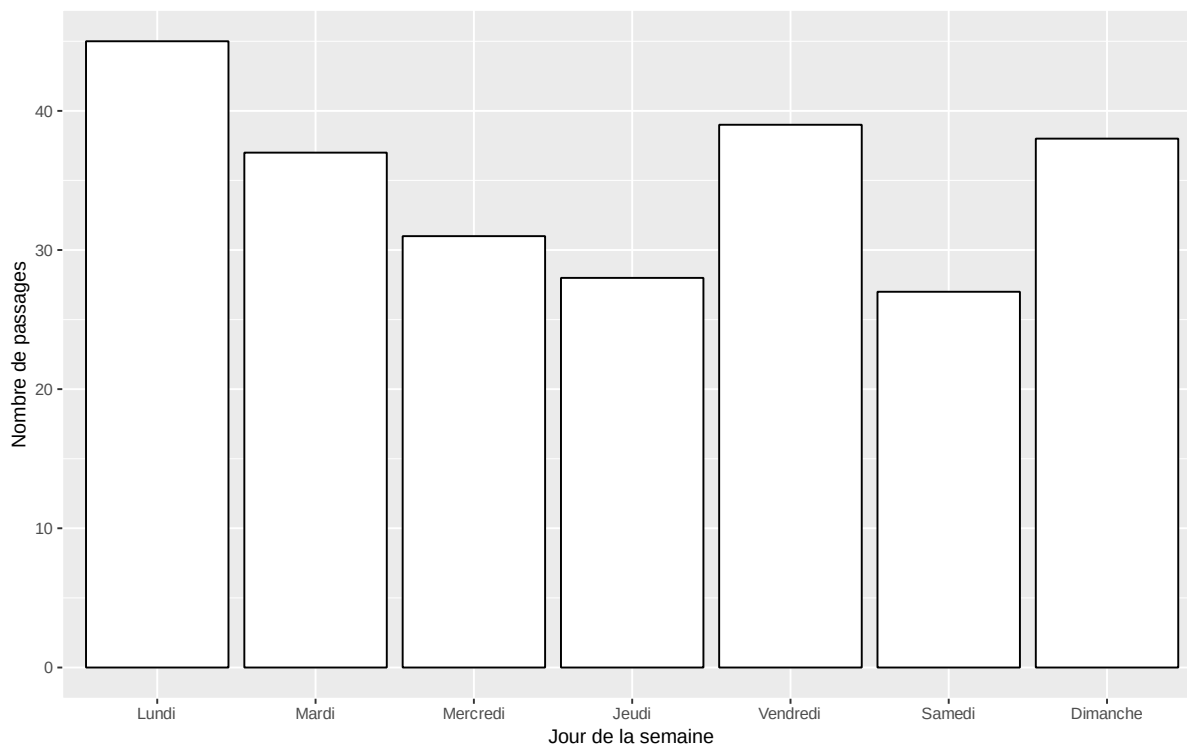


Figure 5. Répartition géographique des patients dans la métropole urbaine lilloise



**Figure 6.** Répartition selon le jour de la semaine des consultations aux urgences pédiatriques du CHU de Lille avec raison sociale sur la période d'étude (n=245).

Sur l'effectif total, 46% des patients (n=112) étaient connus des services sociaux ; pour 15% (n=37) cette donnée était inconnue. Parmi les mesures sociales antérieures retrouvées, il y avait 18% d'IP (n=20), 59% (n=66) avaient un dossier judiciairisé dont 31% (n=21) étaient placés et 22% (n=25) des patients étaient connus du réseau de référents sociaux.

Les patients consultaient pour plainte somatique pour 31% (n=76), suspicion d'agression sexuelle pour 24% (n=58), trouble du comportement pour 20% (n=48), suspicion de maltraitance physique pour 19% (n=41), et précarité pour 9% (n=22) des passages. Le temps moyen de séjour aux urgences était de 9 heures ( $\pm$  11h) avec une médiane de 5 heures. Cette durée n'était pas influencée par le fait que les enfants étaient déjà connus des services sociaux après test de student apparié ( $p=0.2$  [-0.07, 0.27] )

Durant ce séjour, il a été demandé en médiane un examen complémentaire par patient (EIQ : 0-2), urinaire dans 31% des cas (n=76), sanguin dans 30% (n=74), d'imagerie dans 12% (n=29). Aucun examen complémentaire n'a été demandé pour 49% (n=121) des enfants.

Un avis spécialisé a été sollicité dans 53% des cas (n=129), principalement auprès des psychiatres 41% (n=100) ( dont 21 % n=51 psychiatre de garde et 20 % n=49 UPEA), des assistantes sociales 32% (n=78), d'autres spécialistes médicaux 18% (n=43), du médecin légiste 15% (n=38). Un avis spécialisé auprès de la référente en pédiatrie sociale au sein du Pôle Enfant a été sollicité dans 9% (n=22) des cas.

En moyenne 2,1 ( $\pm$  1,85) appels par patient ont été passés (médiane 2 ; EIQ 1-3), avec au maximum 14 appels pour un passage. Les institutions contactées ont été l'UTPAS 56 % (n=138), la justice 21% (n=52), le réseau de référents sociaux 14% (n=34), l'Éducation 11% (n=27).

Les diagnostics à la fin de la prise en charge, ayant justifié la prise en charge sociale aux UP, ont été : une agression sexuelle pour 24% (n=59), une maltraitance physique pour 20% (n=50), une carence de soins pour 16% (n=38), une précarité pour 15% (n=37), un trouble psychosocial pour 11% (n=26), une cause médicale autre pour 6% (n=15).

Pour 34% (n=83) des passages un lien avec l'UTPAS/ASE/PMI a été effectué, pour 24% un signalement (n=58), pour 12% une information préoccupante (n=30), pour 12% (n=29) un lien avec le réseau de référents sociaux, pour 10% une note au juge des enfants ou à l'AEMO (n=24), l'enfant étant déjà connu des institutions judiciaires sans degré d'urgence.

Une hospitalisation en UHCD a été nécessaire pour 33% des enfants (n=82). L'orientation à la sortie des urgences a été un retour au domicile pour 78% des patients (n=189). Dix-neuf patients (8%) ont nécessité une hospitalisation prolongée.

51 % des actions (n=124) étaient mené pour le patient après sa sortie des urgences.

## **4.2. Prise en charge selon le motif de consultation**

### **4.2.1. Consultation pour plainte somatique (n=76)**

Les patients consultant pour plainte somatique (« médical » dans les tableaux) étaient plus jeunes que pour tous les autres motifs (en moyenne 4,8 ans) et étaient principalement des garçons (Tableau I). Ils étaient amenés principalement par les parents 77% (n=58) et étaient souvent peu connus des services sociaux 33% (n=25). Ils n'avaient pas plus d'examen complémentaires que la moyenne de tous les patients inclus. Le diagnostic était une carence de soin ou de la précarité dans 59% (n=45) des cas, de la maltraitance physique ou psychologique dans 18% (n=14) des cas mais rarement des sévices sexuelles (6%) (n=5) (Tableau II). Pour la moitié d'entre eux (51%), un lien auprès des services sociaux était effectué. Ils rentraient chez eux pour 84% (n=64) et 11% (n=11) étaient hospitalisés (chiffres supérieurs à la moyenne des patients de l'étude).

Les patients consultant pour un motif médical autre bénéficiaient principalement d'un Lien UTPAS/ASE/PMI (tableau III).

**Tableau I.** Données anamnestiques et sociales en fonction du motif de consultation

Variables	Total (n=245)	Médical** (n=76)	Agression sexuelle (n=58)	Trouble du comportement (n=48)	Maltraitance physique (n=41)	Précarité (n=22)
Age moyen en mois (ET)	85 (68)	<b>58 (59)</b>	<b>101 (56)</b>	<b>125 (56)</b>	78 (88)	66 (61)
Sexe Masculin, n (%)	121 (49)	<b>45 (59)</b>	<b>16 (28)</b>	25 (52)	21 (51)	<b>14 (64)</b>
Géré en garde, n (%)	168 (69)	47 (61)	38 (66)	36 (75)	<b>35 (85)</b>	12 (54)
Mode d'arrivée						
<i>Avec les parents, n (%)</i>	181 (74)	<b>58 (77)</b>	43 (74)	35 (73)	<b>32 (78)</b>	<b>13 (59)</b>
<i>Services de secours, n (%)</i>	25 (10)	4 (5)	10 (17)	2 (4)	5 (12)	4 (18)
<i>Adressage médical, n (%)</i>	16 (7)	9 (12)	4 (7)	1 (2)	0 (0)	2 (9)
<i>Autres*, n (%)</i>	22 (9)	4 (5)	1 (2)	<b>10 (21)</b>	4 (10)	3 (14)
Connu des services sociaux, n (%)	112 (46)	<b>25 (33)</b>	22 (38)	<b>31 (65)</b>	<b>21 (51)</b>	<b>13 (59)</b>

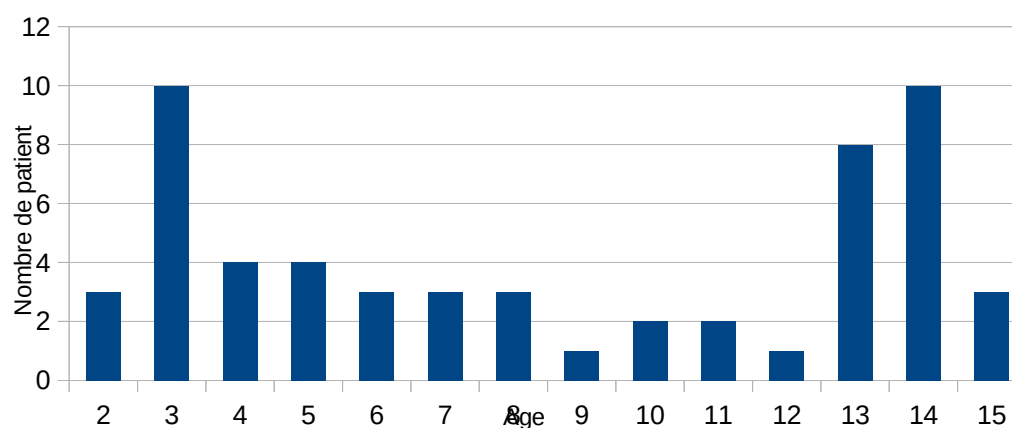
\*éducateur service sociaux, internat, ami

\*\* *plainte somatique*

#### 4.2.2. Consultation pour agression sexuelle (n=58)

Ces patients étaient principalement des filles. Leur âge moyen était de 8,4 ans avec une distribution bimodale de l'âge des patients (Figure 7). Cette catégorie de patients a eu le plus de bilans complémentaires, sanguins pour 40 % (n=23) et urinaire pour 48% (n=28). Le recours au médecin légiste était le plus important pour cette catégorie de motifs 50%, (n=29).

Le diagnostic retenu était un viol dans 50% des cas (n=29) et un attouchement dans 38% (n=22) (tableau II). Les enfants consultant pour un motif d'agression sexuelle justifiaient principalement d'un signalement 40%, (n=23) et/ou d'un lien UTPAS/ASE/PMI 36%, (n=21) (tableau III).



**Figure 7 :** Age des patients consultant pour agression sexuelle



**Tableau II.** Données cliniques, recours complémentaires et diagnostic

Variables	Total (n=245)	Médical** (n=76)	Agression sexuelle (n=58)	Trouble du comportement (n=48)	Maltraitance physique (n=41)	Précarité (n=22)
<i>Examens complémentaires</i>						
Bilan sanguin, n (%)	74 (30)	25 (33)	23 (40)	11 (23)	8 (20)	7 (32)
Bilan urinaire, n (%)	76 (31)	25 (32)	28 (48)	11 (23)	7 (17)	5 (23)
Imagerie, n (%)	29 (12)	10 (13)	2 (3)	4 (8)	11 (27)	2 (9)
<i>Avis spécialisés</i>						
Médecin légiste, n (%)	38 (16)	1 (1)	29 (50)	2 (4)	5 (12)	1 (4)
Psychiatre, n (%)	100 (41)	26 (34)	21 (36)	33 (69)	14 (34)	8 (36)
Assistante sociale, n (%)	78 (32)	20 (26)	9 (16)	24 (50)	10 (24)	15 (68)
Pédiatrie sociale de JdF*, n (%)	22 (9)	3 (4)	8 (14)	1 (2)	9 (22)	1 (5)
Spécialiste autre, n (%)	43 (18)	16 (21)	8 (13)	6 (13)	5 (12)	8 (36)
<i>Diagnostics</i>						
Précarité, n (%)	37 (15)	17 (22)	0 (0)	2 (4)	0 (0)	18 (82)
Carence de soins, n (%)	38 (16)	28 (37)	2 (3)	6 (13)	0 (0)	2 (9)
Viol, n (%)	33 (13)	4 (5)	29 (50)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Attouchement, n (%)	26 (11)	1 (1)	22 (38)	1 (2)	2 (5)	0 (0)
Maltraitance physique, n (%)	50 (20)	9 (11)	2 (4)	7 (15)	32 (79)	0 (0)
Maltraitance psychologique, n (%)	20 (8)	5 (7)	1 (2)	12 (25)	1 (2)	1 (6)
Psychosocial, n (%)	26 (11)	6 (8)	0 (0)	18 (38)	2 (5)	0 (0)
Médical autre, n (%)	15 (6)	6 (8)	2 (3)	2 (4)	4 (10)	1 (5)

\*JdF : Jeanne de Flandre

\*\* plainte somatique

#### 4.2.3. Consultation pour trouble du comportement (n=48)

Les patients admis pour trouble du comportement étaient la population nécessitant le plus un avis spécialisé pédopsychiatrique (69%, n=33) et dans la moitié des cas d'une aide des assistantes sociales (50%, n=24). Ils étaient souvent connus des services sociaux pour 65%. Ils leurs étaient diagnostiqués une suspicion de maltraitance psychologique dans 25 % des passages (n=12) ou un trouble psychosocial (38%, n=18) (tableau II). Ils bénéficiaient principalement de liens UTPAS/ASE/PMI (27% n=13) (tableau III).

#### 4.2.4. Consultation pour maltraitance physique (n=41)

Les patients ayant pour motif de consultation principal une maltraitance physique, étaient âgés en moyenne de 6,5 ans (tableau I). Ils bénéficiaient de la plus grande proportion d'imagerie 27% (n=11). Les allégations de maltraitance physique visait un

membre de la famille (père, mère grands parents), une personne de l'entourage ayant la responsabilité temporaire de l'enfant (beau parent assistante maternelle, famille d'accueil , éducateur foyer) ou des amis de la famille. Ils justifiaient principalement d'une IP (37%, n=15) ou d'un signalement (27%, n=11) (tableau III).

#### **4.2.5.      *Consultation pour situation de précarité (n=22)***

Les patients ayant pour motif de consultation principal une situation de précarité étaient majoritairement des garçons (64%, n=14) (tableau I). Ils ont bénéficié le plus d'un recours aux assistantes sociales (68%, n=15) (tableau II). dans les causes de précarité on retrouvait des carences d'entourages, des familles sans domicile fixe, des retours d'enfants emmenés par leur père en Syrie, des familles migrantes sans aide médical d'état. Ils bénéficiaient principalement d'un signalement 32% (n=7) ou d'un lien avec les services sociaux 36% (n=8) (tableau II).

Ils ont été hospitalisés en UHCD pour 55 % (n=12) et dans un service conventionnel pour 14% (n=3). Une mesure sociale d'urgence était nécessaire pour quatre d'entre eux (tableau III).

**Tableau III. Prise en charge et devenir**

Variables	Total (n=245)	Médical** (n=76)	Agression sexuelle (n=58)	Trouble du comportement (n=48)	Maltraitance physique (n=41)	Précarité (n=22)
<i>Mesures sociales prises</i>						
<i>Information préoccupante, n (%)</i>	30 (12)	3 (4)	3 (5)	9 (19)	<b>15 (37)</b>	0 (0)
<i>Lien UTPAS/ASE/PMI, n (%)</i>	83 (34)	<b>39 (51)</b>	21 (36)	13 (27)	6 (15)	4 (18)
<i>Signalement, n (%)</i>	58 (24)	9 (12)	<b>23 (40)</b>	8 (17)	<b>11 (27)</b>	<b>7 (32)</b>
<i>Note JE/lien AEMO, n (%)</i>	24 (10)	4 (5)	2 (3)	<b>11 (23)</b>	6 (15)	1 (5)
<i>Consultation pédiatrie sociale</i>	10 (4)	1 (1)	<b>8 (14)</b>	0 (0)	1 (2)	0 (0)
<i>Lien services sociaux, n (%)</i>	29 (12)	15 (20)	1 (2)	5 (10)	0 (0)	<b>8 (36)</b>
<i>Autre*, n (%)</i>	11 (4)	5 (7)	0 (0)	2 (4)	2 (5)	2 (9)
<i>Hospitalisation en UHCD, n (%)</i>	82 (33)	26 (34)	11 (19)	19 (40)	14 (34)	<b>12 (55)</b>
<i>Devenir</i>						
<i>Retour à domicile, n (%)</i>	192 (78)	<b>64 (84)</b>	48 (82)	35 (73)	<b>29 (71)</b>	15 (68)
<i>Hospitalisation, n (%)</i>	19 (8)	<b>8 (11)</b>	4 (7)	2 (4)	2 (5)	<b>3 (14)</b>
<i>Tiers de confiance, n (%)</i>	9 (4)	1 (1)	0 (0)	3 (6)	5 (12)	0 (0)
<i>Mesure sociale urgente, n (%)</i>	23 (9)	3(4)	5 (9)	6 (13)	5 (12)	4 (18)
<i>Fugue, n (%)</i>	2 (1)	0(0)	1 (3)	1 (4)	0 (0)	0 (0)
<i>Traité# après la sortie des UP</i>	124 (51)	39 (51)	<b>32 (55)</b>	21 (45)	<b>26 (65)</b>	6 (27)
<i>Durée moy de séjour aux UP, h (ET)</i>	9 (11)	8 (8)	15 (20)	9 (10)	7 (7)	12 (13)

*Moy : moyenne ; UP : urgence pédiatrique*

*\*Lien avec psychiatre de ville, consultation dermatologique, aucune action menée*

*\*\* plainte somatique*

*# Nécessité d'une action après la sortie du patient des urgences*

## 5. Discussion

### 5.1. Rappel des résultats principaux

Lors de cette étude rétrospective sur une période de 17 mois on a identifié 245 patients ayant nécessité une prise en charge sociale aux urgences, soit une situation tous les 2 jours environ (0,6% du total des consultations). Même si le motif principal de consultation est médical (31%), l'agression sexuelle était le 2<sup>e</sup> motif. Les premiers diagnostics principaux retenus étaient une agression sexuelle (viol ou attouchements), dans 24% des cas et une maltraitance physique dans 20%. Le temps passé aux urgences pour la prise en charge de ces patients est conséquent, en moyenne de 9h (+/-11h) avec une médiane de 5h. Cette durée était variable de 7h à 15h en moyenne selon le motif justifiant la prise en charge sociale. Cela ne prend pas en compte le temps passé *a posteriori* pour finaliser la prise en charge sociale pour plus de la moitié d'entre eux (n=124).

### 5.2. Comparaison aux données de la littérature

Le volume de consultations aux urgences pour un motif social peut paraître peu important au regard du nombre de passages aux urgences (0,6 %). Il semble pourtant en augmentation. Dans le travail mené précédemment dans le service sur la période du 11/04/2009 au 10/07/2010, la fréquence des consultations avec un motif social était de 0,3 % (16). Les caractéristiques des deux études étaient proches même si l'étude précédente ne prenait pas en compte les hébergements sociaux. Ceux-ci étaient cependant minoritaires dans notre population. On retrouvait notablement moins de troubles du comportement dans l'étude menée en 2009-2010 (n=5) alors qu'on en identifiait 48 sur notre étude avec des durées de recueil proches.

L'évaluation de l'activité de prise en charge de l'enfance en danger est difficile à comparer d'une structure d'urgence à une autre. Très peu d'étude ont été effectuées dans ce sens. Deux études anciennes ne recensaient aux Pays-Bas que 52 cas lors d'un recueil sur 6 mois dans sept hôpitaux (17) et aux USA 106 cas en monocentrique sur 20 mois (18).

Notre activité de pédiatrie sociale paraît donc importante, au regard de ces quelques données épidémiologiques. Mais les comparaisons sont difficiles à faire, tant cette activité était dépendante du type de population, des moyens de dépistage déployés, du maillage social disponible. On peut même probablement suspecter au contraire une sous-estimation du dépistage de l'enfance en danger d'après les données publiées citées en introduction (6).

La reconnaissance aux urgences de l'enfant en danger est difficile. Un tiers des enfants consultant dans le service sur la période d'étude venaient pour une plainte somatique. Ces patients et ceux venant pour un trouble du comportement avaient au final des diagnostics assez divers (carence de soin, agression sexuelle, maltraitance physique, maltraitance psychologique), parfois difficiles à suspecter au premier abord. Les histoires cliniques présentées pouvaient tromper la piste de la maltraitance (19) . Même les agressions sexuelles, qui paraissaient des diagnostics évidents (patients amenés explicitement pour ça), pouvaient être sous-estimées. D'ailleurs 14% des diagnostics d'agression sexuels étaient posés chez des patients admis pour un autre motif. Des patients consultent pour des motifs variés, à type de douleurs abdominales, de constipation, de troubles du comportement alimentaire, de dépression, faisant difficilement suspecter l'agression sexuelle en première intention (20) (21).

Le fait de consulter principalement en période de garde (59%), alors que l'effectif médical était réduit, accentuait la difficulté d'identification et de prise en charge de

ces patients. C'était déjà le cas lors de l'étude précédente de 2011 (16).

Un facteur de sous-estimation pouvait aussi provenir du fait que certains médecins pouvaient suspecter une maltraitance sans mettre en œuvre les mesures nécessaires. Dans une étude américaine, 27% de situations de maltraitance physique n'étaient pas signalées par les praticiens (22). Une autre étude américaine rapportait lors d'une enquête anonyme que 10% des médecins ayant déjà été amenés à témoigner devant un tribunal, n'avaient sciemment pas signalé un cas de maltraitance. Ils mettaient en avant le caractère très consommateur de temps et un stress important voire l'absence de bénéfice pour l'enfant lors du jugement (23). Les difficultés à signaler mises en avant dans une thèse de médecine auprès de médecins généralistes du Finistère étaient le manque de connaissance des procédures et la lenteur administrative dans la gestion des cas (24).

Dans notre étude, il était en effet montré une durée moyenne de séjour aux urgences élevée (9h). C'était probablement le reflet de la nécessité de plusieurs intervenants, avec un examen complémentaire par enfant en médiane (EIQ 0-2) et en moyenne 2,1 appels par patient (médiane 2 ; EIQ 1-3). Les patients nécessitant un avis spécialisé en pédiatrie sociale étaient souvent déjà connus des services sociaux (46%). Une hospitalisation en UHCD de 33% des patients pouvait aussi expliquer l'augmentation de la durée de séjour de ces patients aux urgences. Ce temps en UHCD permettait de prendre le temps d'évaluer la relation parents-enfant, de mettre en confiance l'enfant et ses parents et permettait la mise en place d'actions et d'échanges pluridisciplinaires.

### **5.3. Limites de l'étude**

La limite principale de cette étude était son caractère rétrospectif, sous-estimant probablement le volume de temps consacré par les équipes à cette activité de

pédiatrie sociale. Le nombre d'appels passés n'a par exemple pas représenté le temps réel passé pour chaque enfant par les intervenants. Il n'a en effet pas été pris en compte le nombre d'appels nécessaires pour obtenir la personne souhaitée mais seulement l'appel final. Le caractère rétrospectif pouvait induire un biais de classement. Cependant la plupart des données ont été saisies au fil des admission et de la gestion des situations sociales par les référents en pédiatrie sociale du service des urgences pédiatriques. Ce biais était donc probablement très limité.

Il y avait probablement un biais de sélection. Cette analyse n'était en effet pas exhaustive de tous les enfants passés aux urgences avec un motif de pédiatrie sociale. Les enfants nécessitant des soins immédiats et une hospitalisation n'étaient volontairement pas inclus car les interventions sociales étaient effectuées durant leur hospitalisation par d'autres référents en pédiatrie sociale que les pédiatres des urgences. C'est le cas par exemple des suspicions de bébés secoués transférés rapidement en neurochirurgie ou en réanimation, des brûlures étendues ou suspectes justifiant d'une hospitalisation en chirurgie ou en réanimation, des carences de soins entraînant un déséquilibre de maladie chronique, des violences physiques ayant nécessité une prise en charge chirurgicale urgente avec hospitalisation conventionnelle. Cela a nécessairement diminué l'estimation du nombre de cas de maltraitance passés aux urgences pédiatriques. Mais ce travail ne cherchait pas à être exhaustif sur le nombre de passages aux urgences pour de la pédiatrie sociale mais cherchait à estimer la charge de travail induite par les situations d'enfance en danger sur l'activité des urgences pédiatriques. Il est cependant possible que des situations de pédiatrie sociale aux urgences n'aient pas été colligés par les praticiens référents, notamment en périodes d'activité intense aux urgences pédiatriques. Une comparaison de cette activité avec les données de codage diagnostique informatisé (CIM-10) aurait pu améliorer l'exhaustivité de cette activité.

Au Connecticut une étude rétrospective avait été faite dans 27 hôpitaux pour retrouver et analyser les diagnostics d'agression sexuelle aux urgences pour des enfants de 5-10 ans via un outils de codage (25).

#### **5.4. Perspectives**

Dans cette étude nous avons décrit la population d'enfants en danger qui consultaient aux urgences pédiatriques du CHU de Lille. La fréquence de prise en charge d'enfants en danger est élevée mais reste bien en dessous des moyennes théoriques de la maltraitance dans les pays développés.

Les freins au sous dépistage sont bien étudiés. On retrouve la peur de sur-dépister (26) et les conséquence pour l'enfant et ça famille, le manque de formation, le manque de connaissance dans le fonctionnement du système et la non confiance dans le système

##### **5.4.1. Scores pour l'identification des patients**

La mise en place d'un test adapté à la population de pédiatrie sociale fréquentant le CHU de Lille, et aux différents motifs de consultation permettrait de renforcer la présomption de maltraitance et de négligence sur la base des perceptions des cliniciens et pourrais permettre de renforcer la décision de poser le diagnostic de maltraitance par les intervenants. Une étude italienne a mis en place un score de repérage de maltraitance, dans cette étude ils testent de manière rétrospective.

Une étude nationale publiée en 2016 montrait que les pédiatres utilisant un outil de dépistage estimaient que cela augmentait la détection de l'abus physique (27). Une étude publiée en 2017 évaluait un outil de dépistage de la maltraitance de manière rétrospective sur des échantillonnages de patients ayant consulté aux urgences pédiatriques versus une équipe de pédiatres, assistantes sociales et médecins



légistes considérée comme le gold standard. L'outil de dépistage était en accord avec l'équipe de soignant dans 99,2% des cas (28).

#### **5.4.2. Arbres décisionnels ou fiches techniques par situation**

La médecine a ceci de particulier que la logistique et le contexte de prise en charge sont aussi important à prendre en compte que le médical pur. Comme décrit dans cette étude les patients nécessitant une intervention de pédiatrie sociale consultent principalement durant les horaires de garde, période durant laquelle l'effectif était réduit et donc subissait une charge de travail plus importante.

La mise en place d'un arbre décisionnel adapté aux caractéristiques des patients décrits dans cette étude et aux moyens à disposition des pédiatres pourrait permettre de faciliter la prise en charge des patients selon le diagnostic. Cela accélérerai probablement la prise en charge ainsi que la qualité des informations recueillies.

Il existe actuellement un protocole d'action pour la prise en charge des patients suspectés de viol, on constate que ces patient ont une durée de prise en charge plus courte que les autres motifs.

#### **5.4.3. Amélioration de la formation**

Dans une étude évaluant un programme de formation des infirmières à Taïwan au repérage et à la protection des enfants en danger, il avait été montré que l'amélioration de la formation des équipes améliorait leur aptitude et diminuait leur appréhension à déclarer les enfants en danger (29).

Aux urgences pédiatriques de Lille les intervenants durant la période de garde sont multiples. Les internes changent tous les six mois, et les parcours de formation sont différents : internes de pédiatrie, internes de médecine générale, chirurgie viscérale

adulte, chirurgie plastique, chirurgie orthopédique adulte, chirurgie pédiatrique. Une formation complémentaire sur l'enfance en danger, au début du semestre pourrait améliorer le dépistage au sein des urgences pédiatriques.

## **6. Conclusion**

Notre étude montre l'importance de l'activité de pédiatrie sociale au sein des urgences pédiatriques du CHU de Lille en termes de fréquentation mais aussi de temps consacré auprès de chaque patient. Elle montre la multiplicité des actions, des intervenants ou interlocuteurs. Même si l'identification des enfants en danger et leur prise en charge a augmenté, elle est probablement encore sous-estimée. Une amélioration du dépistage et de l'efficacité de prise en charge par les équipes pourrait être envisageable via une meilleure formation et la mise en place de fiches techniques très pratiques par situation « type ». Un renfort en moyens humains dédiés à cette activité semble également nécessaire.

## Bibliographie

1. wh12-ecm-rep-eng.pdf [Internet]. [cité 6 juin 2019]. Disponible sur: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/381140/wh12-ecm-rep-eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/381140/wh12-ecm-rep-eng.pdf?ua=1)
2. La maltraitance des enfants [Internet]. [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
3. Cours [Internet]. [cité 19 mai 2019]. Disponible sur: [http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe-humanite/protection\\_enfance/site/html/2.html#notes](http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe-humanite/protection_enfance/site/html/2.html#notes)
4. Note\_chiffres\_cles\_annee\_2017.pdf [Internet]. [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: [https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note\\_chiffres\\_cles\\_annee\\_2017.pdf](https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffres_cles_annee_2017.pdf)
5. Note\_disparites2016-1.pdf [Internet]. [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: [https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note\\_disparites2016-1.pdf](https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_disparites2016-1.pdf)
6. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries- ClinicalKey [Internet]. [cité 2 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.clinicalkey.fr/#!/content/playContent/1-s2.0-S0140673608617067?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0140673608617067%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2F&scrollTo=%23hl0000637>
7. Les chiffres clés en protection de l'enfance | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet]. [cité 3 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.onpe.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance>
8. A You C. Evaluation des connaissances et des pratiques des pédiatres de Bretagne concernant la protection de l'enfance [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2016.
9. 64wd13f\_InvestChildMaltreat\_140439.pdf [Internet]. [cité 19 mai 2019]. Disponible sur: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/253731/64wd13f\\_InvestChildMaltreat\\_140439.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/253731/64wd13f_InvestChildMaltreat_140439.pdf?ua=1)
10. The impact of adverse childhood experiences on health service use across the life course using a retrospective cohort study [Internet]. [cité 18 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5549819/>
11. Guenther E, Knight S, Olson LM, Dean JM, Keenan HT. Prediction of Child Abuse Risk from Emergency Department Use. *J Pediatr.* 2009;154(2):272-277.e1.
12. Woodman J, Lecky F, Hodes D, Pitt M, Taylor B, Gilbert R. Screening injured children for physical abuse or neglect in emergency departments: a systematic review. *Child Care Health Dev.* 2010;36(2):153-64.
13. Watkeys JM, Price LD, Upton PM, Maddocks A. The timing of medical examination following an allegation of sexual abuse: is this an emergency? *Arch Dis Child.* 1 oct 2008;93(10):851.
14. Okato A, Hashimoto T, Tanaka M, Tachibana M, Machizawa A, Okayama J, et al. Hospital-based child protection teams that care for parents who abuse or neglect their children recognize the need for multidisciplinary collaborative practice involving perinatal care and mental health professionals: a questionnaire survey conducted in Japan. *J Multidiscip Healthc.* 2018;11:121-30.
15. Wissow L, Wilson M. Use of Epidemiologic Data in the Diagnosis of Physical Child-Abuse - Variations in Response to Hypothetical Cases. *Child Abuse Negl.* 1992;16(1):45-55.
16. Quentin de Gromard-Achard L. Description de l'activité de pédiatrie sociale dans une unité d'urgences pédiatriques [lille]. Thèse de médecine 2011.
17. Louwers ECFM, Korfage IJ, Affourtit MJ, Scheewe DJH, Merwe MH van de, Vooijs-Moulaert FAFSR, et al. Detection of child abuse in emergency departments: a multi-centre study. *Arch Dis Child.* 2011;96(5):422-5.
18. Keshavarz R, Kawashima R, Low C. Child abuse and neglect presentations to a pediatric

- emergency department. *J Emerg Med.* 2002;23(4):341-5.
19. Child Abuse and Conditions That Mimic It- ClinicalKey [Internet]. [cité 25 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.clinicalkey.fr/#!/content/playContent/1-s2.0-S0031395518301068?returnurl=null&referrer=null>
20. Calugi S, Franchini C, Pivari S, Conti M, El Ghoch M, Dalle Grave R. Anorexia nervosa and childhood sexual abuse: Treatment outcomes of intensive enhanced cognitive behavioural therapy. *Psychiatry Res.* 2018;262:477-81.
21. Sonneveld LP, Brilleslijper-Kater SN, Benninga MA, van Konijnenburg EMMH, Sieswerda-Hoogendoorn T, Teeuw AH. Prevalence of Child Sexual Abuse in Pediatric Patients With Chronic Abdominal Pain. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2013;56(5):475.
22. Flaherty EG, Sege RD, Griffith J, Price LL, Wasserman R, Slora E, et al. From suspicion of physical child abuse to reporting: primary care clinician decision-making. *Pediatrics.* sept 2008;122(3):611-9.
23. Theodore AD, Runyan DK. A survey of pediatricians' attitudes and experiences with court in cases of child maltreatment. *Child Abuse Negl.* 1 déc 2006;30(12):1353-63.
24. Connaissance et attentes des médecins des généralistes du Finistère en matière de protection de l'enfance.pdf.
25. Child Sexual Abuse identified in Emergency Departments Using ICD-9-CM, 2011 to 2014- ClinicalKey [Internet]. [cité 15 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.clinicalkey.fr/#!/content/playContent/1-s2.0-S0736467919302288?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0736467919302288%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2F&scrollTo=%23hl0000455>
26. Desmond L. Enfance en danger : les freins aux signalements et aux informations préoccupantes chez les psychiatres : étude a partir d'un échantillon de psychiatres en Aquitaine, accueillant des enfants. 23 sept 2016 [cité 15 juin 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01398105>
27. Crichton KG, Cooper JN, Minneci PC, Groner JJ, Thackeray JD, Deans KJ. A national survey on the use of screening tools to detect physical child abuse. *Pediatr Surg Int.* 2016;32(8):815-8.
28. Dinpanah H, Pasha AA, Sanji M. Potential Child Abuse Screening in Emergency Department; a Diagnostic Accuracy Study. :5.
29. Lee P-Y, Chou F-H. A training programme for Taiwan nurses to improve child abuse reporting. *J Clin Nurs.* 2017;26(15-16):2297-306.

## FORMULAIRE DE DECLARATION CNIL

### DECLARANT

Nom **DUBOS**  
Prénom **François**  
Adresse Mail **francois.dubos@chru-lille.fr**  
*Adresse mail à la laquelle nous pouvons vous recontacter*

### SERVICE OU POLE RESPONSABLE DE LA MISE EN ŒUVRE

Pôle Chargé de la mise en Œuvre : **POLE DE L'URGENCE**  
Service : **Service des urgences pédiatriques**  
Responsable de la mise en œuvre : **Pr DUBOS**  
*Promoteur / investigateur pour les travaux de recherche, tuteur pour les thèses, etc.*  
Responsable du service ou pôle : **Pr DUBOS**  
Téléphone : **30066**  
*Numéro auquel nous pouvons vous recontacter*  
Nom de l'arc  
Téléphone de l'arc  
Adresse mail de l'arc

### TRAITEMENT DECLARE

Type de fichier déclaré: **Bureautique tel que Word, Excel**  
Précisez (si autre):  
Année de création du fichier de traitement: **2019**  
Finalité: **Sujet de thèse**  
*A quelles fins recueillez-vous les données ? (Ex : sujet de thèse / sujet de votre recherche)*  
Personnes concernées par le traitement: **Patients du CHRU de Lille**  
Précisez si autre (1):  
Quel est le nombre de personnes concernées par le traitement ? : **entre 100 et 500**  
Les données collectées concernent-elles des mineurs ? : **OUI**  
S'agit-il d'une recherche médicale, d'une thèse ou d'un mémoire ? : **OUI**  
Si oui, est-ce que la prise en charge habituelle des patients concernés est modifiée? : **NON**  
*(Ex : acte supplémentaire, nouveau questionnaire, etc.)*  
Si oui s'agit-il d'une étude monocentrique ou multicentrique ? : **Monocentrique**  
Le CHR est-il promoteur de l'étude ? : **NON**  
Cette étude rentre-t-elle dans le périmètre d'une méthodologie de référence (MR-00X) ? :  
**OUI**  
*En cas de doute renseignez-vous auprès de votre ARC référent*  
Est-ce que vous disposez d'un avis CCTIRS et/ou CPP ? : **NON**

### DONNEES COLLECTEES

Catégories de données collectées:  
- **Données de santé**  
- Autres: précisez ci-dessous  
*Si autres, précisez: Mesures sociales pouvant concerner l'enfant*  
Les données collectées permettent-elles de remonter à la personne ? : **OUI, de manière indirecte (Ex n° d'inclusion, initiales+date de naissance, etc.)**

