

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

*Année : 2021*

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Impact des premiers confinements dus à la Covid-19 sur l'activité  
de protection de l'enfance et de pédopsychiatrie aux urgences  
pédiatriques du CHU de Lille**

Présentée et soutenue publiquement le 24 septembre à 14 heures  
au Pôle Recherche  
par Typhen **PAPINUTTO**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Alain MARTINOT**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur François DUBOS**

**Monsieur le Docteur Charles-Edouard NOTREDAME**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Stéphane BONTEMPS**

---



## **Avertissement**

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



## Liste des abréviations

AEMO	Action Educative en Milieu Ouvert
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIM-10	10 <sup>ème</sup> Révision de la Classification Internationale des Maladies
Covid-19	Maladie à coronavirus 19 (Coronavirus disease 19)
CRIP	Cellule de Recueil, de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
IOA	Infirmier Organisateur de l'Accueil
IP	Information Préoccupante
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PIMS	Syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome)
PMI	Protection Maternelle et Infantile
SARS-CoV-2	Coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2)
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SNATED	Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger
UMJ	Unité Médico-Judiciaire
UNICEF	Fonds des Nations Unis pour l'enfance (United Nations International Children's Emergency Fund)

# Table des matières

<b>Résumé</b> .....	<b>1</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>2</b>
I.  A propos de la protection de l'enfance.....	2
A.  Définitions et cadre légal .....	2
B.  Epidémiologie .....	3
C.  Dépistage de la maltraitance infantile.....	4
II. A propos de la pédopsychiatrie en France.....	5
A.  Epidémiologie et facteurs de risque.....	5
B.  Les urgences pédopsychiatriques .....	6
III. Lien entre protection de l'enfance et pédopsychiatrie .....	7
IV. Le contexte sanitaire .....	8
A.  La Covid-19 en pédiatrie .....	8
B.  Les mesures gouvernementales et les conséquences attendues du confinement.....	9
V.  Objectifs de l'étude .....	12
<b>Matériels et méthodes</b> .....	<b>14</b>
I.  Caractéristiques de l'étude.....	14
II. Périodes de l'étude .....	14
III. Population étudiée .....	15
A.  Sous-population « protection de l'enfance ».....	16
1.  Critères d'inclusion .....	16
2.  Critères d'exclusion .....	17
B.  Sous-population « pédopsychiatrie ».....	18
1.  Critères d'inclusion .....	18
2.  Critères d'exclusion .....	18
IV. Recueil des données .....	19
A.  Mode de recueil .....	19
B.  Variables recueillies.....	19
1.  Variables recueillies dans les deux sous-populations.....	19
2.  Variables recueillies dans la sous-population « protection de l'enfance » .....	20
3.  Variables recueillies dans la sous-population « pédopsychiatrie » .....	20
4.  Regroupement de certaines modalités de variables pour les comparaisons statistiques .....	20
C.  Sévérité du patient.....	21
V.  Critères de jugement de l'étude .....	22
VI. Ethique et protection des personnes.....	24
VII. Analyses statistiques.....	24
<b>Résultats</b> .....	<b>26</b>
I.  Description générale de la population.....	26
II. Prévalence et nombre quotidien de patients ayant bénéficié d'une évaluation de protection de l'enfance et/ou de pédopsychiatrie .....	28
III. Caractéristiques des patients.....	30
A.  Sous-population « protection de l'enfance ».....	33
B.  Sous-population « pédopsychiatrie ».....	33
IV. Comparaison des caractéristiques des patients entre les périodes étudiées.....	34
A.  Sous-population « protection de l'enfance ».....	34

B.	Sous-population « pédopsychiatrie ».....	37
V.	Sévérité des patients .....	39
<b>Discussion</b>	.....	<b>43</b>
I.	Principaux résultats.....	43
A.	Comparaison entre confinement et non-confinement : augmentation de la prévalence des patients en période de confinement.....	43
1.	Des données confortées par la littérature.....	44
2.	Activité de protection de l'enfance et de pédopsychiatrie, hors urgences, en période de confinement.....	49
B.	Caractéristiques générales de la population : des problématiques liées et complexes pour les patients « psychosociaux » .....	51
C.	Comparaison entre confinement et non-confinement : spécificités des patients en période de confinement .....	52
1.	Augmentation des violences intrafamiliales au domicile et vulnérabilité des plus jeunes.....	52
2.	Certains résultats inattendus .....	54
D.	Comparaison entre premier et deuxième confinement : le rôle de la fermeture des écoles.....	56
1.	Prévalence et nombre de patients : comparaison entre les deux confinements.....	56
2.	Caractéristiques des patients : comparaison entre les deux confinements.....	59
II.	Forces et limites de l'étude .....	60
<b>Conclusion</b>	.....	<b>62</b>
<b>Références bibliographiques</b>	.....	<b>63</b>
<b>Annexes</b>	.....	<b>72</b>
	Annexe 1 : Liste des mots-clés « sociaux » recherchés dans le dossier médical pour l'inclusion des patients.....	72
	Annexe 2 : Liste des diagnostics « sociaux » recherchés dans le dossier médical pour l'inclusion des patients.....	73
	Annexe 3 : Liste des diagnostics « pédopsychiatriques » recherchés dans le dossier médical pour l'inclusion des patients .....	74

## Résumé

**Contexte** : La pandémie de Covid-19 a entraîné la mise en place de plusieurs confinements de la population française et exposé les enfants à la déscolarisation, à la peur de l'infection et aux tensions intrafamiliales. Les urgences pédiatriques, lieu de dépistage de la maltraitance infantile et des troubles pédopsychiatriques, sont restées ouvertes en période de confinement.

**Méthode** : Cette étude épidémiologique, descriptive, rétrospective et monocentrique, était menée aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille. Les patients inclus étaient âgés de moins de 15 ans et 3 mois et avaient bénéficié d'une évaluation de protection de l'enfance et/ou de pédopsychiatrie lors de leur passage aux urgences pédiatriques. Les périodes étudiées étaient les deux confinements nationaux de 2020, et les mêmes périodes des années 2018 et 2019. Le but de ce travail était de comparer la prévalence, le nombre, les caractéristiques et la sévérité de ces patients entre les périodes de confinement et de non-confinement et entre les deux périodes de confinement.

**Résultats** : La prévalence des patients ayant bénéficié d'une évaluation de protection de l'enfance et/ou de pédopsychiatrie a augmenté en période de confinement par rapport à la période de non-confinement (3,2% vs 1,8% ;  $p < 0,01$ ), sans différence significative du nombre quotidien de ces patients. La prévalence et le nombre quotidien de patients évalués en pédopsychiatrie ont significativement augmenté lors du deuxième confinement, par rapport au premier. Lors du premier confinement, les patients inclus étaient plus jeunes qu'en 2018-2019, les patients évalués en protection de l'enfance avaient davantage été victimes de violences à leur domicile, davantage par un membre de leur famille proche, et leurs situations étaient plus graves qu'en 2018-2019.

**Conclusion** : Le nombre d'évaluations de protection de l'enfance et de pédopsychiatrie n'a pas diminué aux urgences pédiatriques de Lille, contrairement aux autres consultations. Ces résultats pourraient être le reflet de la diminution des épidémies virales saisonnières ou de l'augmentation de la maltraitance infantile et des troubles pédopsychiatriques dans la population générale, en période de confinement.



## Introduction

Depuis 20 ans, en France, l'activité dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU) ne cesse d'augmenter. En 2018, les SAU ont accueilli plus de 21 millions de patients, dont 21 à 27% d'enfants (1,2).

Les SAU pédiatriques permettent un accès aux soins sans condition de ressources, 24 heures sur 24, à tous les enfants présentant une problématique somatique, psychiatrique ou sociale. Les professionnels de santé qui y travaillent doivent prodiguer aux enfants des soins « attentifs et consciencieux » et, comme tout professionnel de l'enfance, les protéger lorsqu'ils sont en danger (3).

### **I. A propos de la protection de l'enfance en France**

#### **A. Définitions et cadre légal**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la maltraitance infantile est définie comme « toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou psychoaffectifs, de sévices sexuels, de négligence, 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 un contexte de relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir » (4).

Devant les conséquences possibles à court, moyen et long terme sur la santé globale de l'enfant, la maltraitance infantile a été reconnue comme un problème de santé publique majeur, au même titre que d'autres pathologies chroniques (5).

En 1989, la Convention internationale des droits de l'enfant, visant à protéger l'enfant contre toute forme de discrimination et de maltraitance, a été établie (6). La même année, en France, la loi du 10 juillet a introduit dans la législation la notion de protection de l'enfance (7).

La protection de l'enfance en France a ensuite été réformée par les lois n° 2007-293, le 5 mars 2007, et n°2016-297, le 14 mars 2016, qui ont introduit la notion de développement de l'enfant, renforcé la place des parents dans l'appréhension des problématiques de danger et affirmé l'importance des actions de soutien à la parentalité (8,9).

Le Code Pénal impose à chaque citoyen français, lorsqu'il a connaissance de la situation d'un enfant en danger, d'en informer les autorités compétentes, judiciaires et administratives (10). L'article 226-14 du Code Pénal précise que le secret médical n'est pas applicable « en cas de privations ou de sévices [...] infligés à un mineur » (11).

Depuis 2016, il existe deux niveaux de signalement d'un enfant en danger : le signalement judiciaire, destiné aux autorités judiciaires, et l'Information Préoccupante (IP), « constituée des éléments susceptibles de laisser craindre qu'un mineur se trouve en situation de danger et puisse avoir besoin d'aide ». Ces IP sont transmises aux Cellules de Recueil, de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes (CRIP), sous la responsabilité des Conseils Départementaux.

## **B. Epidémiologie**

Le manque de données statistiques fiables et les différents types de violences font de la maltraitance infantile une entité complexe et difficile à étudier.

Dans les pays à hauts revenus, des études déclaratives estiment que 5 à 35% des enfants seraient soumis à des violences physiques sévères, 15 à 30% des filles et 5 à 15% des garçons seraient soumis à des violences sexuelles et 10% des enfants seraient victimes de négligence ou de violences psychologiques. Les statistiques officielles de maltraitance infantile indiquent cependant une fréquence dix fois plus faible (12).

En France, il n'existe que peu de données officielles récentes et la prévalence de la maltraitance reste méconnue (5). La dernière estimation de l'observatoire national de la protection de l'enfance évaluait en 2016 à 299 801 (20,4 ‰) le nombre de mineurs faisant l'objet d'une mesure de protection de l'enfance et, en 2018, le juge des enfants a été saisi pour 126 145 mineurs en danger (13,14). Dans le milieu scolaire, environ 15% des enfants affirment être victimes de harcèlement moral répété et environ 10% de violences physiques répétées (15).

### **C. Dépistage de la maltraitance infantile**

En France, moins de 5% des IP seraient réalisées par des médecins et 1% seulement par des médecins libéraux (5).

D'après les dernières données transmises par les CRIP en 2021, la première source d'IP est l'Education Nationale, la deuxième le Conseil Départemental et la troisième la Justice (16).

Une autre source importante de dépistage de la maltraitance infantile en France est le Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED). Chaque année, plus de 200 000 appels sont traités au SNATED, émanant principalement de la victime ou de son entourage (17).

Pour autant, les professionnels de santé ont un rôle majeur dans le dépistage de la maltraitance infantile et doivent assurer aux victimes des soins médico-chirurgicaux, des soins psychiatriques, une protection et un accompagnement. Afin d'améliorer les pratiques, la Haute Autorité de Santé a publié en 2014, et actualisé en 2017, une fiche d'aide au repérage et à la prise en charge de la maltraitance des enfants, à destination des professionnels de santé. Les enfants jeunes, présentant un antécédent de prématurité, un handicap ou des troubles du développement et/ou du comportement sont plus à risque d'être victimes de maltraitance infantile. Chez les parents, des antécédents personnels de violences subies dans l'enfance, des violences conjugales, des addictions, des troubles psychopathologiques et des troubles de l'attachement ont également été identifiés comme facteurs de risque de maltraitance envers les enfants (12).

## **II. A propos de la pédopsychiatrie en France**

### **A. Epidémiologie et facteurs de risque**

La prévalence des troubles psychiatriques chez les enfants et les adolescents est de 10 à 20% dans le monde (18) et de 13% en France (19). Huit pour cent de la population pédiatrique seraient atteints de troubles anxieux, 5% de troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité, 4% de troubles de l'humeur, 3% de troubles oppositionnels avec provocation et 1% de troubles du spectre de l'autisme. Comme chez l'adulte, les troubles pédopsychiatriques sont fréquemment associés entre eux (19).

Les déterminants de la santé mentale sont multiples et peuvent être environnementaux, sociaux, biologiques et génétiques. Chez l'enfant, une anomalie de développement affectif, cognitif, ou relationnel, est un facteur de risque majeur de développer un trouble pédopsychiatrique. De même, des problématiques familiales et scolaires, telles qu'une maltraitance infantile, des troubles psychiatriques familiaux ou encore un échec ou un absentéisme scolaire, favorisent l'émergence de troubles psychiques (19).

## **B. Les urgences pédopsychiatriques**

En France, le dépistage des symptômes psychiatriques de l'enfant doit être assuré par les professionnels de santé et de l'enfance. Les patients atteints de troubles pédopsychiatriques sont pris en charge par des pédopsychiatres, libéraux ou hospitaliers, des structures de soins adaptées comme les centres médico-psychologiques et des instituts spécialisés (19). Le premier accès aux soins pour ces patients est de plus en plus fréquemment réalisé dans le cadre de l'urgence, et assuré par les équipes médicales des SAU, parfois avec l'aide d'une équipe de pédopsychiatrie d'urgence ou de liaison (20).

Ainsi, depuis plusieurs années, les consultations pour motif pédopsychiatrique aux urgences sont en nette augmentation (21). Elles représentent 1 à 6% des consultations pédiatriques urgentes et concernent majoritairement des enfants âgés de 10 à 15 ans, avec une légère prédominance pour le sexe féminin (21–23). Les diagnostics évoqués sont majoritairement des troubles de l'humeur (entre 16 et 36%), des troubles anxieux (entre 9 et 32%) et des troubles du comportement (entre 2 et 32%) (24). Selon les études menées dans différents SAU français, 12 à 38% des

patients consultant pour motif pédopsychiatrique seraient admis pour tentative de suicide (20,23,25,26).

### **III. Lien entre protection de l'enfance et pédopsychiatrie**

Les patients admis aux urgences pédiatriques pour un motif pédopsychiatrique ou de protection de l'enfance présentent souvent des problématiques liées.

Ainsi, alors que les enfants victimes de négligence, violences ou abus sexuels sont davantage enclins à développer des troubles psychiatriques, il a été admis que les troubles du comportement chez l'enfant et les troubles psychopathologiques, dont les addictions chez les parents, sont un facteur de risque de maltraitance infantile (12,19). L'étude de Neggia et *al.* concernant l'activité de protection de l'enfance aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille entre 2017 et 2019 a relevé que 41% des patients évalués en pédiatrie sociale avaient bénéficié d'une évaluation pédopsychiatrique (27). Par ailleurs, Chatagner et *al.* ont estimé que parmi les enfants consultant pour urgences pédopsychiatriques, 22 à 43% bénéficiaient d'un suivi à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) (24). La méta-analyse de Bronsard et *al.* a montré que près d'un enfant sur deux suivis en protection de l'enfance souffrait de troubles mentaux (28).

Un exemple représentatif est celui des mineurs consultant aux urgences pour conduites hétéro-agressives ou « conduites à risque »: les difficultés psycho-sociales de ces patients les inscrivent le plus souvent dans une problématique conjointe de protection de l'enfance et de pédopsychiatrie (29).

En effet, ces enfants et adolescents, parfois décrits dans la littérature comme « à difficultés multiples », « publics frontières », voire enfants « incasables » se mettent en danger et peuvent mettre en danger autrui dans leur lieu de vie, où résident parfois d'autres mineurs (30). De plus, ils sont à risque d'être victimes à leur tour de violences ou de négligence, par épuisement ou réaction inappropriée de la part de l'entourage, et les conduites à risque qu'ils présentent peuvent être réactionnelles à des situations socio-familiales difficiles (31). Aux urgences, l'évaluation psychiatrique de ces enfants aux situations complexes doit donc fréquemment être doublée d'une évaluation de protection de l'enfance. Leur prise en charge, longue et multidisciplinaire, associe le secteur sanitaire (somatique et psychiatrique), le secteur social (judiciaire ou non) et parfois le secteur médico-social (27). Les urgences pédiatriques sont un lieu privilégié pour cette évaluation et cette prise en charge pluriprofessionnelle.

## **IV. Le contexte sanitaire**

### **A. La Covid-19 en pédiatrie**

En décembre 2019, à Wuhan, en Chine, des cas de pneumopathies atypiques ont été repérés et déclarés par les autorités chinoises à l'OMS. Un nouveau virus nommé « Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2 » (SARS-CoV-2) a été mis en évidence le 9 janvier 2020 (32) et sa propagation a été responsable d'une pandémie mondiale. L'OMS a nommé « Coronavirus disease 19 » (Covid-19) la pathologie due à l'infection par le SARS-CoV-2. En Europe, les premiers cas ont été rapportés en Italie et les premiers cas français ont été signalés le 24 janvier 2020 (33).

Parmi les patients atteints de la Covid-19, 1 à 5% sont des enfants (34). Entre janvier et mai 2020, chez les moins de 16 ans, 4% des tests de dépistage étaient positifs contre 19 à 35% chez les adultes (35). Les symptômes de la Covid-19 décrits chez l'enfant sont globalement identiques à ceux de la population générale (fièvre, toux, maux de gorge, rhinorrhée, myalgies, signes digestifs et asthénie) mais la population pédiatrique présente très peu de formes graves : plus de 90% des enfants positifs au SARS-CoV-2 ne développent pas ou peu de symptômes (34).

Une nouvelle entité, rare, a été mise en évidence en avril 2020 : le syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) lié au SARS-CoV-2. Il s'agit d'une manifestation post-infectieuse, apparaissant en moyenne 40 jours après une infection au SARS-CoV-2 et s'apparentant à la maladie de Kawasaki avec une atteinte myocardique plus fréquente (36). Hormis ces rares cas de PIMS, la gravité « directe » de la Covid-19 chez l'enfant est beaucoup moins importante que chez l'adulte : ainsi, en juin 2020, le taux d'hospitalisations était de 8/100 000 chez les enfants, soit 20 fois inférieur au taux d'hospitalisation des adultes (37).

En France, entre le 1<sup>er</sup> mars et le 24 avril 2020, les cas de Covid-19 chez les moins de 18 ans représentaient 0,95% des 86 657 patients hospitalisés et 0,03% des 13 852 décès dus à la Covid-19 (38).

## **B. Les mesures gouvernementales et les conséquences attendues du confinement**

Malgré des données rassurantes dans la population pédiatrique, la transmission interhumaine du SARS-CoV-2 était élevée dans la population générale, entraînant une situation sanitaire alarmante et une saturation des services de soins. Dès mars 2020, des lits de réanimation ont été créés pour prendre en charge les patients adultes



atteints de formes sévères de la Covid-19, les SAU ont été réorganisés et de nombreux pays ont mis en place des confinements nationaux.

La population française a été confinée pour la première fois du 17 mars au 10 mai 2020 et pour la deuxième fois du 30 octobre au 14 décembre 2020.

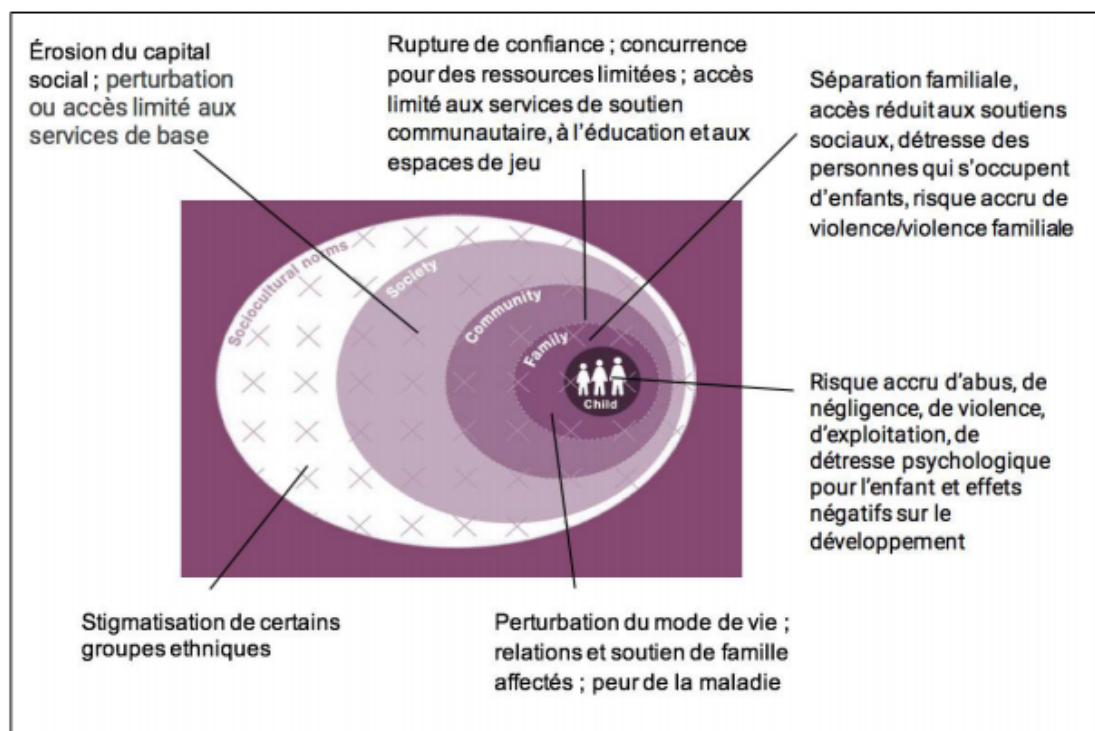
Lors du premier confinement, le gouvernement français a ordonné une fermeture des établissements scolaires, des entreprises et des lieux publics « non indispensables à la vie de la Nation » dont les établissements sportifs, de plein air, de loisirs, d'éveil, d'enseignement et de formation. Un tiers des entreprises a fermé pour une durée moyenne de 57 jours, 40% ont mis en place du télétravail et 70% ont proposé du chômage partiel à leurs employés (39). Des restrictions de déplacements ont été mises en place : hors déplacement essentiel, une sortie unique d'une heure par jour dans un rayon d'un kilomètre autour du domicile était autorisée (40). En conséquence, parents et enfants ont été confinés ensemble à domicile.

Lors du deuxième confinement, les établissements scolaires ont pu rester ouverts, de la maternelle jusqu'aux classes universitaires, ainsi que les différents modes d'accueil des jeunes enfants et la majorité des entreprises. Les restrictions de déplacement étaient cependant similaires à celles du premier confinement (41).

En avril 2020, un tiers de la population mondiale était confiné et plus d'1,5 milliard d'enfants étaient déscolarisés. Des institutions internationales, telles que l'United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) et l'OMS, se sont alors inquiétées des conséquences psycho-sociales de ces mesures sur les enfants (42). Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) français a également alerté sur les effets

délétères attendus du confinement, concernant les troubles en santé mentale dans la population générale et la maltraitance envers les enfants (43).

Les études réalisées dans le cadre d'épidémies antérieures (Ebola, Coronavirus du Moyen-Orient, grippe H1N1, grippe équine, SARS-CoV) ont montré des effets psychologiques négatifs sur la population confinée dont une augmentation des cas de stress post-traumatique et une majoration des symptômes de dépression (44). En parallèle de ces troubles psychologiques, le risque de violences semblait accru en période de confinement (45,46). Selon le HCSP, en période de pandémie, le stress occasionné par la peur de l'infection, l'ennui, la colère, la dépression, le manque de relations sociales, d'intimité et d'espace, et les difficultés financières sont des facteurs de risque de violences interpersonnelles notamment envers les enfants (43,47) (**Figure 1**).



**Figure 1 : Effets socio-écologiques d'une épidémie telle que la Covid-19.**

Haut Conseil de la Santé Publique. Gestion de l'épidémie COVID-19 et inégalités sociales de santé des enfants, leçons pour le futur. 18 juin 2020.

Un autre facteur de risque de violences envers les enfants pendant les périodes de confinement était la réorganisation des structures de protection de l'enfance impliquant un changement de lieu de vie des enfants placés à l'ASE (48).

Devant tous ces facteurs de risque, le HCSP et le SNATED recommandaient à l'ensemble de la population, et notamment aux professionnels de santé, d'être davantage vigilants aux situations de maltraitance et à la détresse psychologique des enfants pendant les confinements nationaux (43,49).

## **V. Objectifs de l'étude**

Malgré les études antérieures montrant un impact négatif des catastrophes naturelles et des confinements sur la protection de l'enfance et la pédopsychiatrie, peu de travaux scientifiques se sont intéressés spécifiquement à l'évolution des consultations pédopsychiatriques et de protection de l'enfance aux urgences lors de la pandémie de Covid-19.

L'objectif principal de ce travail était de comparer, au SAU pédiatrique du CHU de Lille, la prévalence des patients ayant bénéficié d'une évaluation de protection de l'enfance et/ou de pédopsychiatrie entre les confinements nationaux et les mêmes périodes des deux années précédentes.

Les objectifs secondaires étaient de :

- comparer la prévalence des patients ayant bénéficié d'une évaluation de protection de l'enfance et/ou de pédopsychiatrie au SAU pédiatrique du CHU de Lille entre le premier et le deuxième confinement,
- comparer le nombre absolu de patients ayant bénéficié d'une évaluation de protection de l'enfance et/ou de pédopsychiatrie au SAU pédiatrique du CHU de Lille entre les confinements nationaux et les mêmes périodes des deux années précédentes, et entre le premier et le deuxième confinement,
- décrire les caractéristiques de ces patients et les comparer entre les confinements nationaux et les mêmes périodes des deux années précédentes, et entre le premier et le deuxième confinement,
- comparer la sévérité de ces patients entre les confinements nationaux et les mêmes périodes des deux années précédentes, et entre le premier et le deuxième confinement.

## Matériels et méthodes

### I. Caractéristiques de l'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique, descriptive, rétrospective, monocentrique, réalisée au sein du SAU pédiatrique du CHU de Lille.

### II. Périodes de l'étude

Cette étude était menée sur quatre périodes distinctes (**Figure 2**).

Les périodes « confinement 1 » et « confinement 2 » de l'étude correspondaient aux dates des deux premiers confinements nationaux dus à la pandémie de la Covid-19, respectivement du 17 mars au 10 mai 2020 inclus et du 30 octobre au 14 décembre 2020 inclus. Les périodes « témoin 1 » et « témoin 2 » correspondaient aux mêmes périodes des deux années précédentes. Les périodes « confinement 1 », « confinement 2 », « témoin 1 » et « témoin 2 » comprenaient respectivement 55, 46, 110 et 92 jours. La période « confinement » regroupait les périodes « confinement 1 » et « confinement 2 ». La période « non-confinement » regroupait les périodes « témoin 1 » et « témoin 2 ».

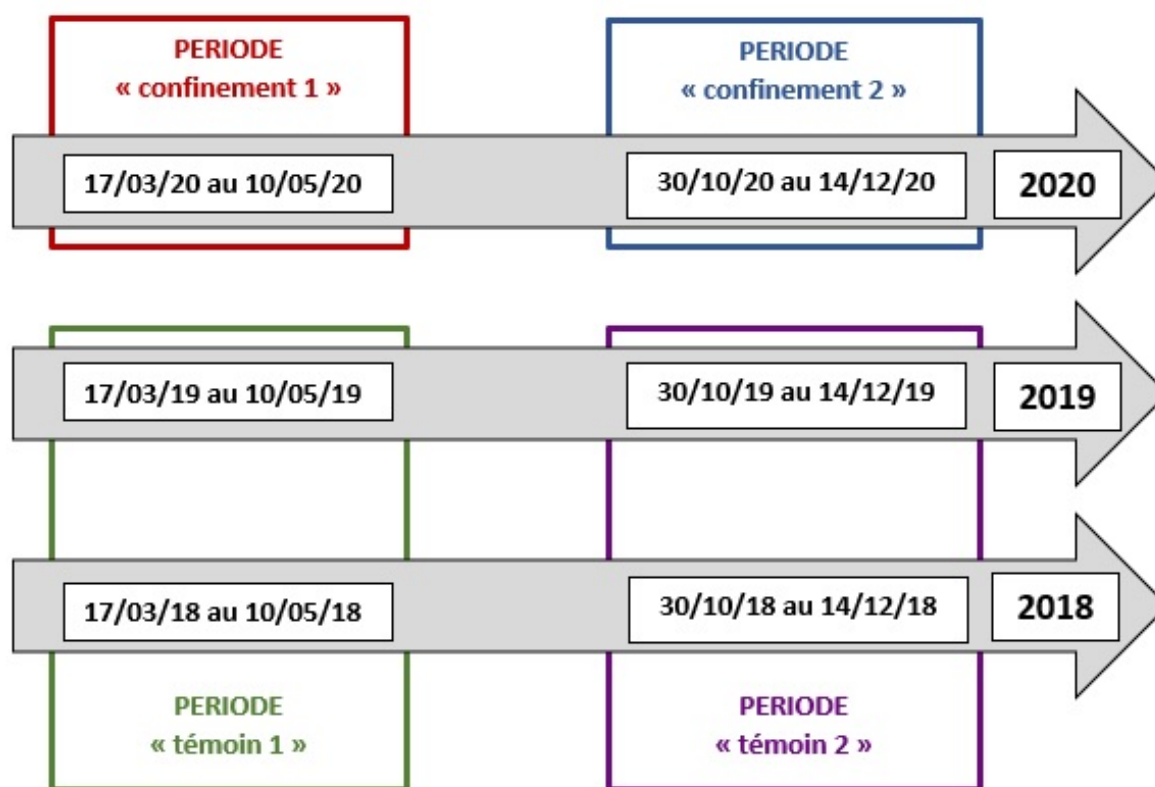
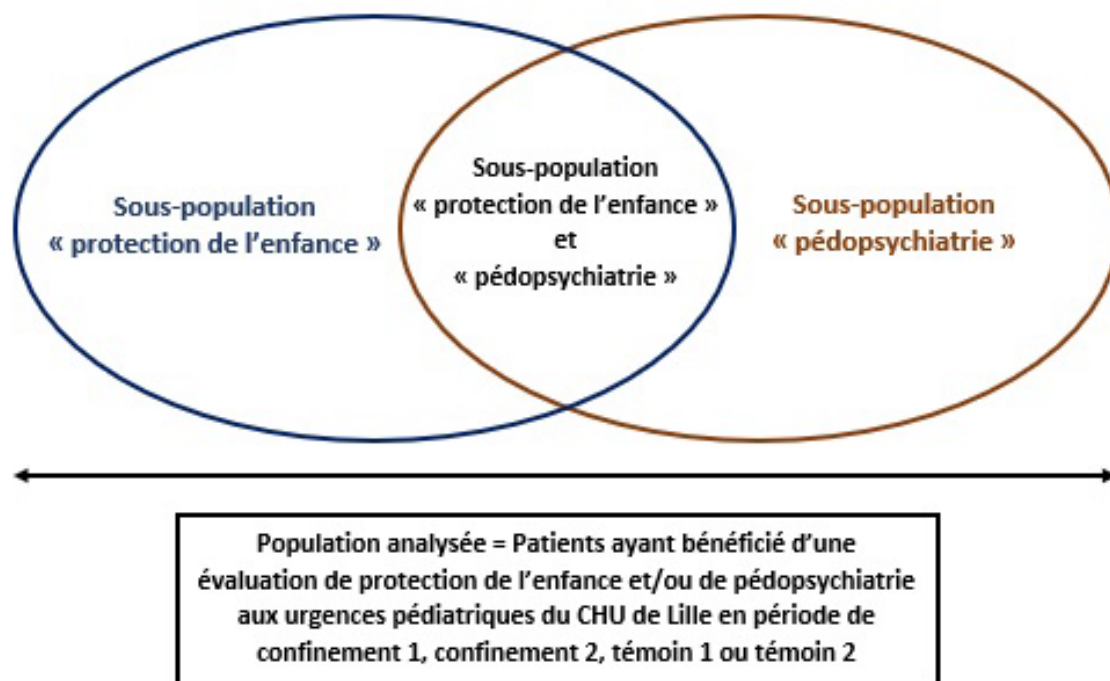


Figure 2 : Périodes de l'étude

### III. Population étudiée

Les patients analysés étaient ceux ayant bénéficié d'une évaluation de protection de l'enfance et/ou de pédopsychiatrie lors de leur passage au SAU pédiatrique du CHU de Lille.

Les patients ayant bénéficié d'une évaluation de protection de l'enfance étaient analysés dans la sous-population « protection de l'enfance » et ceux ayant bénéficié d'une évaluation de pédopsychiatrie étaient analysés dans la sous-population « pédopsychiatrie » (**Figure 3**). Un même patient pouvait être analysé dans les deux sous-populations. Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient différents dans chacune des sous-populations.



**Figure 3 : Population de l'étude**

## **A. Sous-population « protection de l'enfance »**

### **1. Critères d'inclusion**

Les critères d'inclusion des patients de la sous-population « protection de l'enfance » étaient les suivants :

- consultation au SAU pédiatrique du CHU de Lille lors d'une des périodes suivantes : confinement 1, confinement 2, témoin 1 ou témoin 2,
- présence d'au moins un des critères suivants dans le fichier informatisé du patient (logiciel ResUrgences®) :
  - *motif de venue* de la catégorie « urgences psychosociales » renseigné par l'Infirmier Organisateur de l'Accueil (IOA),
  - *avis spécialisé* d'une assistante sociale des urgences,

- *mot clé « social »* dans l'observation médicale et paramédicale (**Annexe 1**),
- *diagnostic principal ou associé* selon la 10<sup>ème</sup> Révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) considéré comme « social » (**Annexe 2**).

## 2. Critères d'exclusion

Après application des critères d'inclusion, l'observation médicale et paramédicale des patients sélectionnés était relue par deux investigateurs à la recherche d'une évaluation de protection de l'enfance.

Il était considéré qu'une évaluation de protection de l'enfance avait eu lieu dès lors qu'une possible maltraitance était évoquée dans le dossier du patient *ou* qu'un lien avec un professionnel de la protection de l'enfance était fait *ou* qu'une action de protection de l'enfance était réalisée.

A l'issue de cette double lecture, les patients qui n'avaient pas bénéficié d'une évaluation de protection de l'enfance lors de leur passage aux urgences pédiatriques étaient exclus.



## **B. Sous-population « pédopsychiatrie »**

### **1. Critères d'inclusion**

Les critères d'inclusion des patients de la sous-population « pédopsychiatrie » étaient les suivants :

- consultation au SAU pédiatrique du CHU de Lille lors d'une des périodes suivantes : confinement 1, confinement 2, témoin 1 ou témoin 2,
- présence d'au moins un des critères suivants dans le fichier informatisé du patient (logiciel ResUrgences®) :
  - *motif de venue* de la catégorie « psychiatrie » renseigné par l'IOA,
  - *avis spécialisé* d'un psychiatre ou pédopsychiatre,
  - *diagnostic principal ou associé* selon la CIM-10 considéré comme « pédopsychiatrie » (**Annexe 3**).

### **2. Critères d'exclusion**

Après application des critères d'inclusion, l'observation médicale et paramédicale des patients sélectionnés était relue par deux investigateurs à la recherche d'une évaluation de pédopsychiatrie.

A l'issue de cette double lecture, les patients qui n'avaient pas bénéficié d'une évaluation psychiatrique par un pédiatre, un psychiatre ou un pédopsychiatre lors de leur passage au SAU pédiatrique étaient exclus.

## **IV. Recueil des données**

### **A. Mode de recueil**

Les données étaient recueillies rétrospectivement à l'aide des logiciels informatisés ResUrgences® et Cora® donnant accès au dossier médical, paramédical, aux avis spécialisés, aux examens complémentaires prescrits pour le patient et à l'orientation du patient après la consultation au SAU pédiatrique. Les données étaient ensuite anonymisées et consignées dans un fichier tableur sécurisé.

### **B. Variables recueillies**

#### **1. Variables recueillies dans les deux sous-populations**

Les variables suivantes étaient recueillies dans l'observation médicale et paramédicale des patients inclus : l'âge, le sexe, la durée totale du passage au SAU, les antécédents médico-psycho-sociaux du patient, l'exposition au domicile à des violences et/ou un usage nocif de substances psychoactives, l'horaire de la consultation, le diagnostic suspecté à l'issue de la consultation, l'avis d'un spécialiste et l'orientation du patient à la sortie du SAU.

Selon la CIM-10, l'utilisation nocive pour la santé d'une substance psychoactive correspond à un mode de consommation qui est préjudiciable à la santé dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux (50).

Dans notre étude, nous avons considéré que le patient était exposé au domicile à un usage nocif de substances psychoactives si un membre du foyer du patient

---

consommait régulièrement de l'alcool, des drogues illicites ou des médicaments psychotropes, perturbant les relations intrafamiliales.

## **2. Variables recueillies dans la sous-population « protection de l'enfance »**

Dans la sous-population « protection de l'enfance », les variables suivantes étaient recueillies : l'auteur présumé de la maltraitance, le lieu présumé de la maltraitance et l'action de protection de l'enfance réalisée.

## **3. Variables recueillies dans la sous-population « pédopsychiatrie »**

Dans la sous-population « pédopsychiatrie », les variables suivantes étaient recueillies : l'antécédent de harcèlement scolaire, la prise au long cours d'un traitement psychotrope, la consommation régulière de substances psychoactives par le patient et la présence d'idées suicidaires.

## **4. Regroupement de certaines modalités de variables pour les comparaisons statistiques**

Etant donné le nombre important de modalités recueillies pour chaque variable, certaines ont été regroupées pour les comparaisons statistiques. Ces regroupements sont détaillés dans le **Tableau I**.

**Tableau I : Regroupement de modalités de variables pour les comparaisons statistiques**

<b>Variable</b>	<b>Modalités de la variable</b>	<b>Regroupement de modalités pour la comparaison statistique</b>
Auteur présumé des faits	- Intrafamilial au premier degré - Intrafamilial autre	- <i>Intrafamilial</i>
Lieu présumé des faits	- Lieu de garde - Autre lieu privé ou public	- <i>Hors domicile</i>
Diagnostic suspecté	- Violences psychologiques - Négligence	- <i>Violences psychologiques et négligence</i>
Action de protection	- Liaison PMI	- <i>Action de protection administrative</i>
	- Information préoccupante	
	- Note au référent ASE de l'enfant	
	- Signalement judiciaire	- <i>Action de protection judiciaire</i>
	- Note au référent AEMO - Note au juge des enfants	
Orientation	- Consultation de pédiatrie sociale	- <i>Autre</i>
	- Hospitalisation pour mise à distance	
	- Retour à domicile	- <i>Retour à domicile</i>
	- UHCD puis retour à domicile	
	- Hospitalisation	- <i>Hospitalisation ou OPP</i>
	- Ordonnance de placement provisoire	

*PMI = Protection Maternelle et Infantile ; ASE = Aide Sociale à l'Enfance ; AEMO = Action Educative en Milieu Ouvert ; UHCD = Unité d'Hospitalisation de Courte Durée ; OPP = Ordonnance de Placement Provisoire*

### **C. Sévérité du patient**

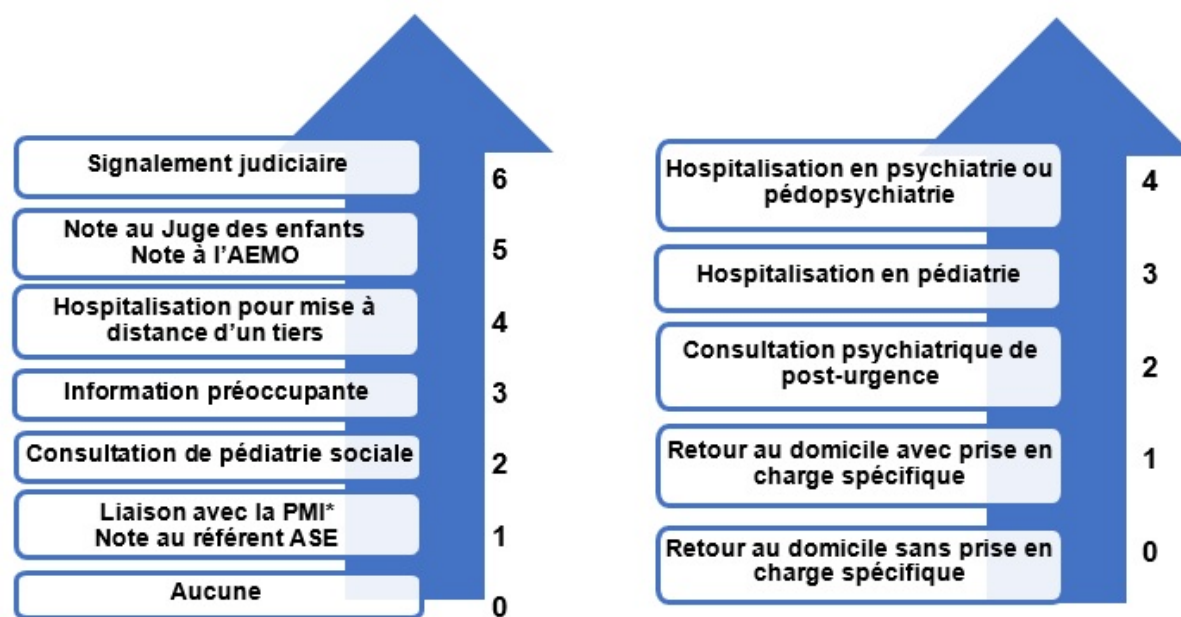
Une gradation de la sévérité des patients était établie par les investigateurs (**Figure 4**) en l'absence de score validé applicable rétrospectivement dans les domaines de la protection de l'enfance et de la pédopsychiatrie au SAU pédiatrique.

Dans la sous-population « protection de l'enfance », un grade de sévérité était attribué à chaque patient en fonction de l'action de protection de l'enfance réalisée pour le patient. Ce score allait de 0 à 6, le grade le moins sévère était 0.

Dans la sous-population « pédopsychiatrie », un grade de sévérité était attribué à chaque patient en fonction de l'orientation du patient à la sortie du SAU pédiatrique. Ce score allait de 0 à 4, le grade le moins sévère était 0.

Concernant le score de sévérité de pédopsychiatrie, la « prise en charge

spécifique » pouvait être l'instauration d'un traitement médicamenteux ou l'orientation du patient vers une structure spécialisée en pédopsychiatrie, externe au CHU de Lille. La consultation psychiatrique de post-urgence était réalisée par l'équipe de pédopsychiatrie du CHU de Lille.



\* Liaison avec la PMI ou une autre structure sociale  
 AEMO = Action Educative en Milieu Ouvert  
 PMI = Protection Maternelle et Infantile  
 ASE = Aide Sociale à l'Enfance

**Figure 4 : Score de sévérité de protection de l'enfance (à gauche) et score de sévérité de pédopsychiatrie (à droite)**

## V. Critères de jugement de l'étude

Le critère de jugement principal de l'étude était la réalisation ou non d'une évaluation de protection de l'enfance ou de pédopsychiatrie aux urgences pédiatriques.

Les critères de jugement secondaires étaient :

- pour les deux premiers objectifs secondaires : la réalisation ou non d'une évaluation de protection de l'enfance ou de pédopsychiatrie aux urgences pédiatriques,
- pour le troisième objectif secondaire : l'âge, la durée de passage au SAU pédiatrique, le sexe, les antécédents médico-psycho-sociaux, les antécédents de harcèlement scolaire, la prise d'un traitement psychotrope, la consommation régulière de substances psychoactives, l'exposition au domicile à des violences et/ou un usage nocif de substances psychoactives, l'horaire de consultation, l'auteur et le lieu présumés de la maltraitance, la présence d'idées suicidaires, le diagnostic suspecté, l'avis d'un spécialiste, l'action de protection de l'enfance réalisée et l'orientation du patient lors de chaque période,
- pour le quatrième objectif secondaire : le grade de sévérité des patients lors de chaque période.

Les critères de jugement étaient comparés entre les périodes suivantes :

- confinement *versus* non-confinement,
- confinement 1 *versus* témoin 1,
- confinement 2 *versus* témoin 2,
- confinement 1 *versus* confinement 2.

## VI. Ethique et protection des personnes

Le recueil de ces données observationnelles a fait l'objet d'une déclaration auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés (N/Ref : DEC21-022) selon la méthodologie de référence MR-003.

Seules les données pertinentes et strictement nécessaires concernant les objectifs de l'étude ont été recueillies conformément à l'article 5 du règlement général du Parlement européen et du conseil sur la protection des données (2016/679).

## VII. Analyses statistiques

Pour répondre à l'objectif principal, la prévalence était calculée comme suit :

$$\text{Prévalence (\%)} = \frac{\text{Nombre de patients ayant bénéficié d'une évaluation de protection de l'enfance et/ou de pédopsychiatrie pendant la période d'étude}}{\text{Nombre total de patients ayant consulté pendant la période d'étude}} \times 100$$

Les variables qualitatives ont été décrites en termes de fréquences et de pourcentages et les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type ou par la médiane et l'intervalle interquartile. La normalité des distributions a été vérifiée graphiquement et à l'aide du test de Shapiro-Wilk.

Les prévalences des patients ayant bénéficié d'une évaluation de protection de l'enfance et/ou de pédopsychiatrie calculées sur l'ensemble des consultations aux urgences pédiatriques ont été comparées entre les périodes par le test du Chi-2.

Les nombres de patients par jour ayant bénéficié d'une évaluation de protection

de l'enfance et/ou de pédopsychiatrie ont été comparés entre les périodes par le test U de Mann-Whitney.

Les variables qualitatives des patients (antécédent psychiatrique, antécédent de harcèlement scolaire, exposition au domicile à de la violence et/ou un usage nocif de substances psychoactives, auteur présumé de la maltraitance, lieu présumé de la maltraitance, présence d'idées suicidaires, diagnostic suspecté à l'issue de la consultation, action de protection de l'enfance réalisée et orientation à la sortie du SAU) ont été comparées par les tests du Chi-2 ou de Fisher.

Les variables quantitatives des patients (âge, durée de passage au SAU, score de sévérité de protection de l'enfance et de pédopsychiatrie) ont été comparées par les tests U de Mann-Whitney.

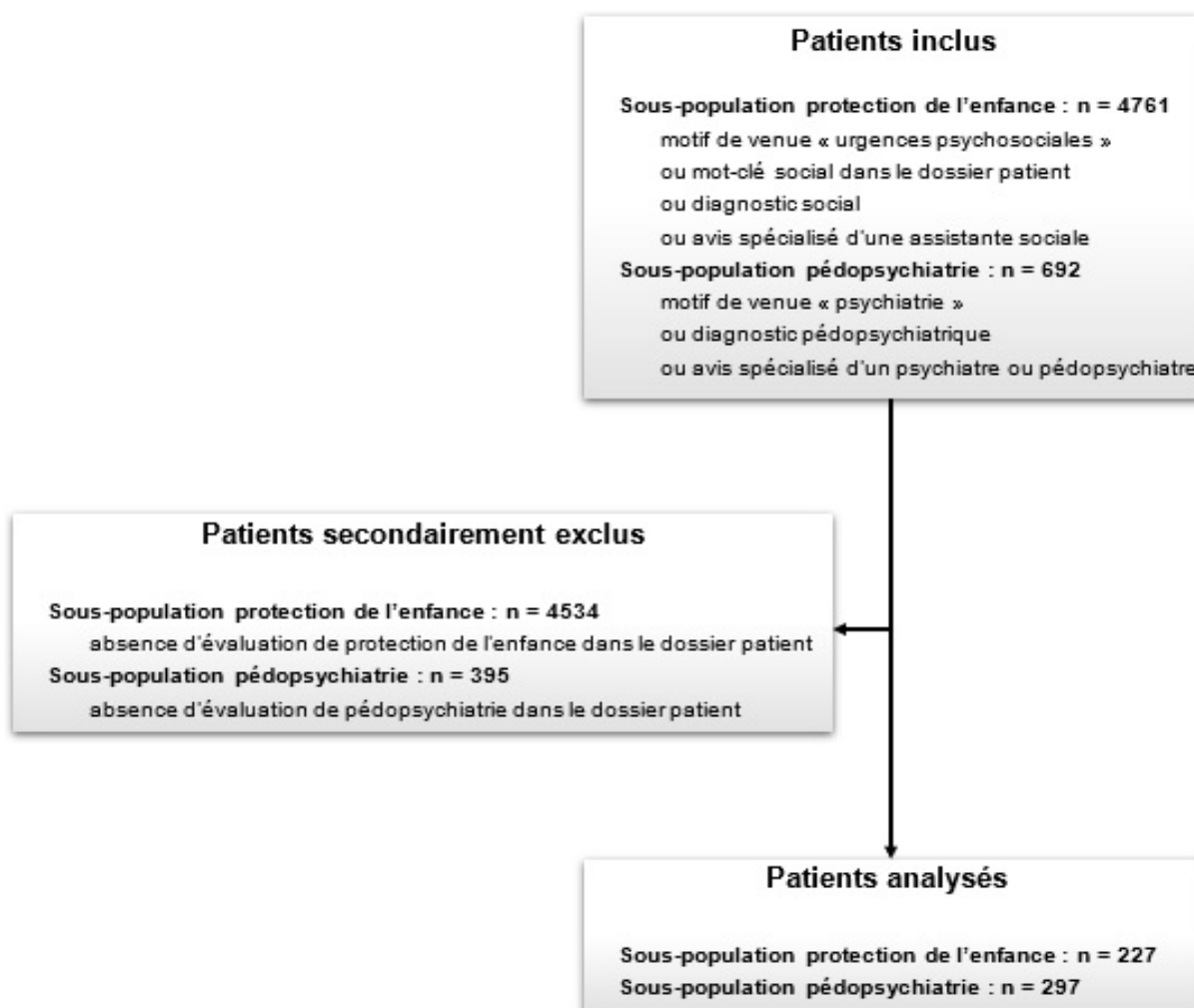
Le niveau de significativité a été fixé à 5%. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute version 9.4).



# Résultats

## I. Description générale de la population

Dans cette étude, nous avons analysé les données de 227 patients ayant bénéficié d'une évaluation de protection de l'enfance et de 297 patients ayant bénéficié d'une évaluation de pédopsychiatrie (**Figure 5**). Parmi eux, 95 patients avaient bénéficié à la fois d'une évaluation de protection de l'enfance et d'une évaluation de pédopsychiatrie.



**Figure 5 : Diagramme de flux de la population**

Le nombre de patients analysés est détaillé, par période, dans le **Tableau II**.

**Tableau II : Nombre de patients ayant consulté au SAU pédiatrique du CHU de Lille lors des périodes étudiées**

Caractéristique de la consultation	Périodes				Total
	Confinement 1	Témoin 1	Confinement 2	Témoin 2	
Nombre total de patients	<b>1617</b>	<b>8861</b>	<b>2294</b>	<b>8055</b>	<b>20827</b>
<u>Patients évalués :</u>					
- Uniquement en protection de l'enfance	19	47	17	49	<b>132</b>
- Uniquement en pédopsychiatrie	14	79	39	70	<b>202</b>
- En protection de l'enfance et en pédopsychiatrie	10	24	25	36	<b>95</b>
<u>Patients non-évalués en protection de l'enfance ou en pédopsychiatrie</u>	1574	8711	2213	7900	<b>20398</b>

SAU = Service d'Accueil des Urgences

Au SAU pédiatrique du CHU de Lille, le nombre total de consultations a diminué de 63,5% lors du confinement 1 par rapport aux mêmes périodes des deux années précédentes (période témoin 1) et de 43,1% lors du confinement 2 par rapport aux mêmes périodes des deux années précédentes (période témoin 2).

Sur l'ensemble des périodes étudiées, 41,9% des enfants ayant eu une évaluation de protection de l'enfance ont aussi bénéficié d'une évaluation pédopsychiatrique et 32% des enfants ayant eu une évaluation de pédopsychiatrie ont aussi bénéficié d'une évaluation de protection de l'enfance.

---

## II. Prévalence et nombre quotidien de patients ayant bénéficié d'une évaluation de protection de l'enfance et/ou de pédopsychiatrie

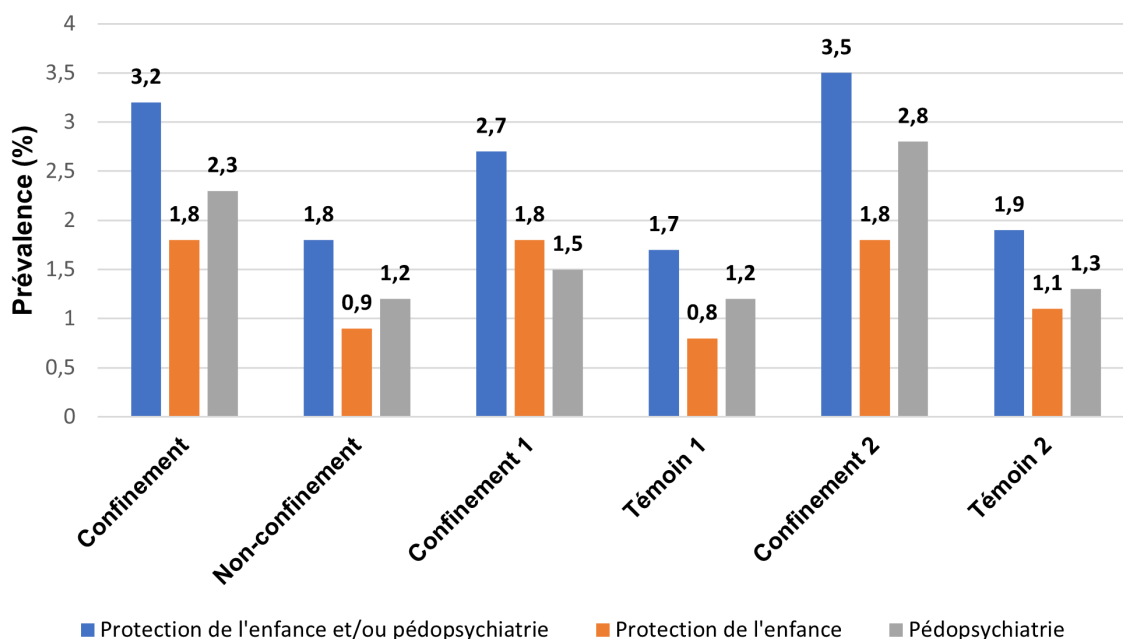
La prévalence et le nombre de patients pour lesquels une évaluation de protection de l'enfance et/ou de pédopsychiatrie a été effectuée au SAU pédiatrique du CHU de Lille sont décrits dans le **Tableau III** et la **Figure 6**.

**Tableau III : Prévalence et nombre quotidien de patients évalués en protection de l'enfance et/ou en pédopsychiatrie au SAU pédiatrique du CHU de Lille : comparaison entre les périodes étudiées**

Type d'évaluation	Périodes						Significativité (p)			
	Confinement	Non-confinement	Confinement 1	Témoin 1	Confinement 2	Témoin 2	p*	p**	p***	p#
<b>Protection de l'enfance et/ou pédopsychiatrie</b>										
- prévalence, %	3,2	1,8	2,7	1,7	3,5	1,9	<b>&lt;0,01</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>&lt;0,01</b>	0,12
- nombre d'évaluations/j, médiane (Q1 ; Q3)	1,0 (0,7 ; 1,9)	1,6 (1,1 ; 1,9)	0,8 (0,6 ; 0,9)	1,6 (0,9 ; 1,8)	1,9 (1,4 ; 2,3)	1,5 (1,3 ; 2,1)	0,17	<b>0,01</b>	0,43	<b>0,02</b>
<b>Protection de l'enfance</b>										
- prévalence, %	1,8	0,9	1,8	0,8	1,8	1,1	<b>&lt;0,01</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>&lt;0,01</b>	0,93
- nombre d'évaluations/j, médiane (Q1 ; Q3)	0,6 (0,3 ; 1,1)	0,7 (0,4 ; 1,0)	0,5 (0,3 ; 0,7)	0,6 (0,4 ; 0,8)	1,1 (0,1 ; 1,4)	0,9 (0,7 ; 1,1)	0,53	0,50	0,85	0,32
<b>Pédopsychiatrie</b>										
- prévalence, %	2,3	1,2	1,5	1,2	2,8	1,3	<b>&lt;0,01</b>	0,28	<b>&lt;0,01</b>	<b>&lt;0,01</b>
- nombre d'évaluations/j, médiane (Q1 ; Q3)	0,6 (0,3 ; 1,5)	1,1 (0,6 ; 1,4)	0,5 (0,3 ; 0,6)	0,9 (0,6 ; 1,4)	1,5 (1,4 ; 1,7)	1,1 (0,9 ; 1,4)	0,40	<b>0,02</b>	0,23	<b>0,01</b>

Q1 = premier quartile ; Q3 = troisième quartile

\* : confinement vs non-confinement ; \*\* : confinement 1 vs témoin 1 ; \*\*\* : confinement 2 vs témoin 2 ; # : confinement 1 vs confinement 2



**Figure 6 : Prévalence des patients évalués en protection de l'enfance et/ou en pédopsychiatrie au SAU pédiatrique du CHU de Lille lors des périodes étudiées**

La prévalence des patients ayant bénéficié d'une évaluation de protection de l'enfance et/ou de pédopsychiatrie augmentait significativement en période de confinement comparativement aux périodes de non-confinement (3,2% *versus* 1,8% ;  $p < 0,01$ ). Sous-population « protection de l'enfance » : 1,8% *versus* 0,9%,  $p < 0,01$ . Sous-population « pédopsychiatrie » : 2,3% *versus* 1,2%,  $p < 0,01$ ).

La prévalence des patients ayant bénéficié d'une évaluation de pédopsychiatrie était significativement plus importante pendant le confinement 2 que pendant le confinement 1 (2,8% *versus* 1,5% ;  $p < 0,01$ ).

### III. Caractéristiques des patients

Les caractéristiques des patients, toutes périodes étudiées confondues, sont décrites dans le **Tableau IV**.

**Tableau IV : Caractéristiques des patients évalués en protection de l'enfance et/ou pédopsychiatrie au SAU pédiatrique du CHU de Lille lors des périodes étudiées**

		Sous-population			
		« protection de l'enfance » N = 227		« pédopsychiatrie » N = 297	
<b>Données recueillies dans les deux sous-populations, médiane (Q1 ; Q3)</b>					
Age en années		8,9 (2,6 ; 13,2)		13,0 (10,7 ; 14,2)	
Durée de passage en heures		5,6 (3,4 ; 11,8)		5,1 (3,8 ; 8,7)	
<b>Données recueillies dans les deux sous-populations, n (%)</b>					
Sexe	Masculin	102	(44,9)	130	(43,8)
Pathologie chronique organique connue		14	(6,2)	43	(14,5)
Pathologie chronique psychiatrique connue		62	(27,3)	152	(51,2)
Antécédent social	Aucun suivi connu	157	(69,2)	220	(74,1)
	Suivi par le Conseil Départemental	17	(7,5)	14	(4,7)
	Suivi par la Justice	53	(23,3)	63	(21,2)
	<i>Dont : - Placement à l'ASE</i>	30	(13,2)	42	(14,1)
	<i>- Mesure d'AEMO</i>	18	(7,9)	14	(4,7)
Exposition au domicile à des violences et/ou un usage nocif de substances psychoactives		35	(15,4)	32	(10,8)
Horaire de consultation	Du lundi au vendredi entre 8h et 18h	99	(43,6)	136	(45,8)
	Nuit, week-end ou jour férié	128	(56,4)	161	(54,2)
<b>Données recueillies uniquement dans la sous-population « protection de l'enfance », n (%)</b>					
Auteur présumé des faits	Intrafamilial premier degré	103	(66,5)		
	Intrafamilial autre	8	(5,2)		
	Extrafamilial	42	(27,1)		
	Patient lui-même	2	(1,3)		
	<i>Données manquantes</i>	72			
Lieu présumé des faits	Domicile	116	(71,2)		
	Lieu de garde (crèche, école, assistante maternelle)	23	(14,1)		
	Autre lieu privé ou public	24	(14,7)		
	<i>Données manquantes</i>	64			
Diagnostic suspecté	Violences physiques	77	(33,9)		
	Violences sexuelles	32	(14,1)		
	Violences psychologiques	27	(11,9)		
	Négligence et carence de soins	36	(15,9)		
	Conduites à risque	52	(22,9)		
	Jeu sexuel non pathologique	3	(1,3)		

SAU = Service d'Accueil des Urgences ; CHU = Centre Hospitalier Universitaire ; Q1 = premier quartile ; Q3 = troisième quartile ; ASE = Aide Sociale à l'Enfance ; AEMO = Action Educative en Milieu Ouvert

**Tableau IV (suite) : Caractéristiques des patients évalués en protection de l'enfance et/ou pédopsychiatrie au SAU pédiatrique du CHU de Lille lors des périodes étudiées**

		Sous-population	
		« protection de l'enfance » N = 227	« pédopsychiatrie » N = 297
<b>Données recueillies uniquement dans la sous-population « protection de l'enfance », n (%)</b>			
Avis spécialisé	Assistante sociale	51	(22,5)
	Référent pédiatrie sociale	52	(22,9)
	Pédopsychiatre	90	(39,6)
	Unité médico-judiciaire	22	(9,7)
	Acteur social extrahospitalier	46	(20,3)
Action de protection	Aucune	48	(21,1)
	Liaison avec la PMI ou une autre structure sociale	47	(20,7)
	Note au référent ASE de l'enfant	8	(3,5)
	Consultation de pédiatrie sociale	6	(2,6)
	Information préoccupante	9	(4,0)
	Hospitalisation pour mise à distance	47	(20,7)
	Note au juge des enfants	10	(4,4)
	Note à l'AEMO	4	(1,8)
	Signalement judiciaire	48	(21,1)
Orientation à la sortie du SAU	Retour au domicile	114	(50,2)
	Passage en UHCD puis retour au domicile	48	(21,1)
	Hospitalisation	62	(27,3)
	Ordonnance de placement provisoire	3	(1,3)
<b>Données recueillies uniquement dans la sous-population « pédopsychiatrie », n (%)</b>			
Harcèlement scolaire ancien ou en cours		53	(17,8)
Prise au long cours d'un traitement psychotrope		65	(21,9)
Consommation régulière de substances psychoactives		16	(5,4)
Idées suicidaires présentes lors de l'évaluation		55	(19,2)
<i>Données manquantes</i>		11	
Diagnostic suspecté	Troubles du comportement	111	(37,4)
	Troubles anxieux	89	(30,0)
	Troubles de l'humeur	80	(26,9)
	Autre trouble	17	(5,7)
Avis spécialisé d'un psychiatre ou pédopsychiatre		248	(83,5)
Orientation à la sortie du SAU	Retour au domicile sans PEC spécifique	71	(24,0)
	Retour au domicile avec PEC spécifique	140	(47,3)
	Consultation psychiatrique de post-urgences	21	(7,1)
	Hospitalisation	64	(21,6)
	<i>Données manquantes</i>	1	

SAU = Service d'Accueil des Urgences ; CHU = Centre Hospitalier Universitaire ; PMI = Protection Maternelle et Infantile ; ASE = Aide Sociale à l'Enfance ; AEMO = Action Educative en Milieu Ouvert ; UHCD = Unité d'Hospitalisation de Courte Durée ; PEC = Prise En Charge

L'âge médian de l'ensemble des patients analysés était de 11,8 ans (7,1 ; 13,8), le sexe ratio (masculin/féminin) était de 0,8 et la durée médiane de passage au SAU pédiatrique était de 5,1 heures (3,6 ; 9,1).

### **A. Sous-population « protection de l'enfance »**

Dans la sous-population « protection de l'enfance », les patients présentaient des antécédents psychiatriques dans 27,3% des cas, des antécédents sociaux dans 30,8% des cas et étaient exposés à de la violence et/ou un usage nocif de substances psychoactives au domicile dans 15,4% des cas. Les patients consultaient dans 56,4% des cas en horaire de garde. L'auteur présumé de la maltraitance était intrafamilial pour 71,7% d'entre eux et la maltraitance verbalisée avait lieu au domicile dans 71,2% des cas. Le diagnostic le plus fréquemment suspecté était la maltraitance physique (33,9%). Une action de protection de l'enfance était réalisée dans 28,2% des cas auprès du Conseil Départemental (liaison avec la Protection Maternelle et Infantile [PMI] ou une autre structure sociale, information préoccupante, note au référent ASE de l'enfant) et dans 27,3% des cas auprès des autorités judiciaires (note à l'AEMO, note au juge des enfants, signalement judiciaire).

### **B. Sous-population « pédopsychiatrie »**

Dans la sous-population « pédopsychiatrie », les patients avaient une pathologie psychiatrique connue dans 51,2% des cas et 14,1% d'entre eux étaient placés à l'ASE. La consultation au SAU pédiatrique avait lieu en horaire de garde dans 54,2% des cas. Le diagnostic retenu était un trouble du comportement dans 37,4% des cas, un trouble anxieux dans 30% des cas et un trouble de l'humeur dans 26,9% des cas. Les patients



exprimaient des idées suicidaires dans 19,2% des cas et un avis spécialisé psychiatrique était nécessaire dans 83,5% des cas. Au décours de la consultation aux urgences pédiatriques, 21,6% des patients étaient hospitalisés.

## **IV. Comparaison des caractéristiques des patients entre les périodes étudiées**

### **A. Sous-population « protection de l'enfance »**

Le **Tableau V** décrit les caractéristiques des patients de la sous-population « protection de l'enfance » qui ont été comparées entre les périodes de l'étude.

En période de confinement 1 par rapport à la période témoin 1, les patients étaient plus jeunes ( $p=0,03$ ), l'auteur présumé des faits était plus fréquemment intrafamilial ( $p<0,01$ ) et le lieu présumé des faits était plus fréquemment le domicile ( $p=0,01$ ).

En période de confinement 2 par rapport à la période témoin 2, il existait une différence des diagnostics suspectés ( $p=0,02$ ) : les violences étaient plus souvent des conduites à risque (35,7% *versus* 20%), de la négligence ou des violences psychologiques (35,7% *versus* 23,5%) et moins souvent des violences physiques (14,3% *versus* 37,6%) ou sexuelles (14,3% *versus* 18,8%).

En période de confinement 1 par rapport au confinement 2, les patients étaient plus jeunes ( $p<0,01$ ), ils nécessitaient plus souvent une action de protection de l'enfance ( $p=0,03$ ) et étaient plus souvent hospitalisés ou soumis à une ordonnance de placement provisoire ( $p=0,04$ ).

Tableau V : Caractéristiques de la sous-population "protection de l'enfance" : comparaison entre les périodes étudiées

	Période												
	Confinement N = 71		Non-confinement N = 156		Confinement 1 N = 29		Témoin 1 N = 71		Confinement 2 N = 42		Témoin 2 N = 85		
<b>Caractéristique, médiane (Q1 ; Q3)</b>													
Age en années	8,7 (1,7 ; 13,1)		9,2 (3,2 ; 13,3)		<b>2,8 ** # (0,4 ; 9,5)</b>		<b>8,1 ** (2,2 ; 13,1)</b>		<b>11,5 # (5,1 ; 13,7)</b>		11,0 (3,4 ; 13,7)		
Durée de passage en heures	7,2 (3,9 ; 17,2)		5,2 (3,3 ; 10,0)		5,5 (3,9 ; 17,3)		4,4 (3,3 ; 7,2)		7,4 (3,9 ; 16,7)		6,0 (3,5 ; 14,2)		
<b>Caractéristique, n (%)</b>													
Pathologie chronique psychiatrique connue	24 (33,8)		38 (24,4)		7 (24,1)		17 (23,9)		17 (41,5)		21 (24,7)		
Exposition au domicile à des violences et/ou un usage nocif de substances psychoactives	12 (16,9)		23 (14,7)		3 (10,3)		11 (15,5)		9 (21,4)		12 (14,1)		
Auteur présumé des faits	Intrafamilial	<b>38 *(86,4)</b>		<b>73 *(65,8)</b>		<b>21 ** (100,0)</b>		<b>35 ** (77,8)</b>		17 (73,9)		38 (57,6)	
	Extrafamilial	<b>5 *(11,4)</b>		<b>37 *(33,3)</b>		<b>0 ** (0,0)</b>		<b>10 ** (22,2)</b>		5 (21,7)		27 (40,9)	
	Patient lui-même	1 (2,3)		1 (0,9)		0 (0,0)		0 (0,0)		1 (4,3)		1 (1,5)	
	<i>Données manquantes</i>	27		45		8		26		19		19	
Lieu présumé des faits	Domicile	<b>37 *(86,0)</b>		<b>79 *(65,8)</b>		<b>21 ** (100,0)</b>		<b>40 ** (75,5)</b>		16 (72,7)		39 (58,2)	
	Hors domicile	<b>6 *(14,0)</b>		<b>41 *(34,2)</b>		<b>0 ** (0,0)</b>		<b>13 ** (24,5)</b>		6 (27,3)		28 (41,8)	
	<i>Données manquantes</i>	28		36		8		18		20		18	

Q1 = premier quartile ; Q3 = troisième quartile

\*différence significative (p<0,05) entre la période de confinement et la période de non-confinement

\*\*différence significative (p<0,05) entre la période de confinement 1 et la période témoin 1

\*\*\*différence significative (p<0,05) entre la période de confinement 2 et la période témoin 2

#différence significative (p<0,05) entre la période de confinement 1 et la période de confinement 2

Tableau V (suite) : Caractéristiques de la sous-population "protection de l'enfance" : comparaison entre les périodes étudiées

		Période											
		Confinement N = 71		Non-confinement N = 156		Confinement 1 N = 29		Témoin 1 N = 71		Confinement 2 N = 42		Témoin 2 N = 85	
<b>Caractéristique, n (%)</b>													
Diagnostic suspecté	Violences physiques	18	(25,4)	59	(37,8)	12	(41,4)	27	(38,0)	6	*** <b>(14,3)</b>	32	*** <b>(37,6)</b>
	Violences sexuelles	7	(9,9)	25	(16,0)	1	(3,4)	9	(12,7)	6	*** <b>(14,3)</b>	16	*** <b>(18,8)</b>
	Violences psychologiques et négligence	25	(35,2)	38	(24,4)	10	(34,5)	18	(25,4)	15	*** <b>(35,7)</b>	20	*** <b>(23,5)</b>
	Conduites à risque	21	(29,6)	31	(19,9)	6	(20,7)	14	(19,7)	15	*** <b>(35,7)</b>	17	*** <b>(20,0)</b>
	Jeu sexuel non pathologique	0	(0,0)	3	(1,9)	0	(0,0)	3	(4,2)	0	(0,0)	0	(0,0)
Action de protection	Aucune	21	(29,6)	27	(17,3)	4	<b>#(13,8)</b>	11	(15,5)	17	<b>#(40,5)</b>	16	(18,8)
	Administrative	17	(23,9)	47	(30,1)	7	<b>#(24,1)</b>	26	(36,6)	10	<b>#(23,8)</b>	21	(24,7)
	Judiciaire	20	(28,2)	42	(26,9)	9	<b>#(31,0)</b>	11	(15,5)	11	<b>#(26,2)</b>	31	(36,5)
	Autre	13	(18,3)	40	(25,6)	9	<b>#(31,0)</b>	23	(32,4)	4	<b>#(9,5)</b>	17	(20,0)
Orientation à la sortie du SAU	Retour au domicile	51	(71,8)	111	(71,2)	17	<b>#(58,6)</b>	49	(69,0)	34	<b>#(81,0)</b>	62	(72,9)
	Hospitalisation ou OPP	20	(28,2)	45	(28,8)	12	<b>#(41,4)</b>	22	(31,0)	8	<b>#(19,0)</b>	23	(27,1)

SAU = Service d'Accueil des Urgences ; OPP = Ordonnance de Placement Provisoire

\*différence significative ( $p < 0,05$ ) entre la période de confinement et la période de non-confinement

\*\*différence significative ( $p < 0,05$ ) entre la période de confinement 1 et la période témoin 1

\*\*\*différence significative ( $p < 0,05$ ) entre la période de confinement 2 et la période témoin 2

#différence significative ( $p < 0,05$ ) entre la période de confinement 1 et la période de confinement 2

---

## **B. Sous-population « pédopsychiatrie »**

Le **Tableau VI** décrit les caractéristiques des patients de la sous-population « pédopsychiatrie », qui ont été comparées entre les périodes de l'étude.

En période de confinement 1, les patients étaient plus jeunes ( $p < 0,01$ ) qu'en période témoin 1.

En période de confinement 2, les patients étaient plus exposés à des violences et/ou un usage nocif de substances psychoactives au domicile ( $p = 0,03$ ) qu'en période témoin 2.

En période de confinement 2, la durée de passage au SAU pédiatrique était plus longue ( $p = 0,01$ ) qu'en période de confinement 1.

Tableau VI : Caractéristiques de la sous-population « pédopsychiatrie » : comparaison entre les périodes étudiées

	Période						
	Confinement N = 88	Non-confinement N = 209	Confinement 1 N = 24	Témoin 1 N = 103	Confinement 2 N = 64	Témoin 2 N = 106	
<b>Caractéristique, médiane (Q1 ; Q3)</b>							
Age en années	12,8 (9,7 ; 14,0)	13,0 (11,0 ; 14,3)	<b>9,2 ** (7,1 ; 12,8)</b>	<b>13,0 ** (11,2 ; 14,2)</b>	13,2 (11,0 ; 14,4)	12,9 (10,7 ; 14,4)	
Durée de passage en heures	5,0 (4,0 ; 9,6)	5,1 (3,7 ; 8,7)	<b>4,4 # (2,7 ; 5,6)</b>	4,8 (3,6 ; 7,0)	<b>7,1 # (4,1 ; 12,1)</b>	5,8 (4,0 ; 10,9)	
<b>Caractéristique, n (%)</b>							
Pathologie chronique psychiatrique connue	44 (50,0)	108 (51,7)	9 (37,5)	57 (55,3)	35 (54,7)	51 (48,1)	
Harcèlement scolaire ancien ou en cours	20 (22,7)	33 (15,8)	2 (8,3)	13 (12,6)	18 (28,1)	20 (18,9)	
Exposition au domicile à des violences et/ou un usage nocif de substances psychoactives	<b>15 * (17,0)</b>	<b>17 * (8,1)</b>	5 (20,8)	11 (10,7)	<b>10 *** (15,6)</b>	<b>6 *** (5,7)</b>	
Idées suicidaires présentes lors de l'évaluation	17 (20,0)	38 (18,9)	2 (8,3)	13 (13,4)	15 (24,6)	25 (24,0)	
	<i>Données manquantes</i>	3	8	0	6	3	2
Diagnostic suspecté	Troubles du comportement	35 (39,8)	76 (36,4)	12 (50,0)	37 (35,9)	23 (35,9)	39 (36,8)
	Troubles anxieux	18 (20,5)	71 (34,0)	8 (33,3)	40 (38,8)	10 (15,6)	31 (29,2)
	Troubles de l'humeur	31 (35,2)	49 (23,4)	2 (8,3)	19 (18,4)	29 (45,3)	30 (28,3)
	Autre	4 (4,5)	13 (6,2)	2 (8,3)	7 (6,8)	2 (3,1)	6 (5,7)

Q1 = premier quartile ; Q3 = troisième quartile

\*différence significative (p<0,05) entre la période de confinement et la période de non-confinement

\*\*différence significative (p<0,05) entre la période de confinement 1 et la période témoin 1

\*\*\*différence significative (p<0,05) entre la période de confinement 2 et la période témoin 2

#différence significative (p<0,05) entre la période de confinement 1 et la période de confinement 2

## V. Sévérité des patients

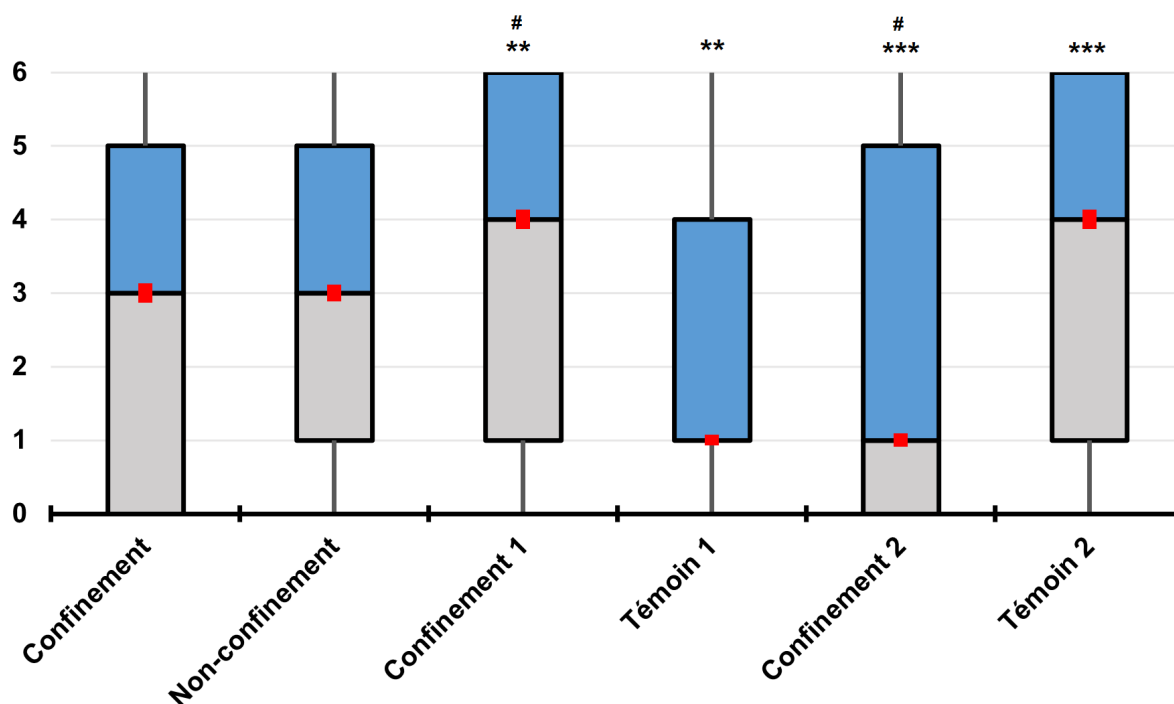
La distribution des scores de sévérité des patients ayant bénéficié d'une évaluation de protection de l'enfance et/ou de pédopsychiatrie et leur comparaison entre les périodes d'études sont présentées dans le **Tableau VII**.

Tableau VII : Scores de sévérité de protection de l'enfance et de pédopsychiatrie : comparaison entre les périodes étudiées

Score de sévérité	Période						Significativité (p)			
	Confinement N = 71	Non-confinement N = 156	Confinement 1 N = 29	Témoin 1 N = 71	Confinement 2 N = 42	Témoin 2 N = 85	p*	p**	p***	p#
<b>Protection de l'enfance</b>							0,54	0,04	0,03	0,03
0	29,6	17,3	13,8	15,5	40,5	18,8				
1	16,9	27,6	13,8	35,2	19,0	21,2				
2	0,0	3,8	0,0	5,6	0,0	2,4				
3	7,0	2,6	10,3	1,4	4,8	3,5				
4	18,3	21,8	31,0	26,8	9,5	17,6				
5	4,2	7,1	3,4	5,6	4,8	8,2				
6	23,9	19,9	27,6	9,9	21,4	28,2				
<b>Pédopsychiatrie</b>							0,17	0,85	0,34	0,20
0	21,6	25,0	33,3	31,1	17,2	19,0				
1	44,3	48,6	37,5	44,7	46,9	52,4				
2	9,1	6,2	12,5	7,8	7,8	4,8				
3	5,7	10,1	0,0	8,7	7,8	11,4				
4	19,3	10,1	16,7	7,8	20,3	12,4				

\* : confinement vs non-confinement ; \*\* : confinement 1 vs témoin 1 ; \*\*\* : confinement 2 vs témoin 2 ; # : confinement 1 vs confinement 2

La distribution du score de sévérité de protection de l'enfance, en fonction de la période d'étude, est décrite en termes de médianes et d'intervalles interquartiles dans la **Figure 7**.



\*\* différence significative ( $p < 0,05$ ) entre les périodes de confinement 1 et témoin 1

\*\*\* différence significative ( $p < 0,05$ ) entre les périodes de confinement 2 et témoin 2

# différence significative ( $p < 0,05$ ) entre les périodes de confinement 1 et de confinement 2

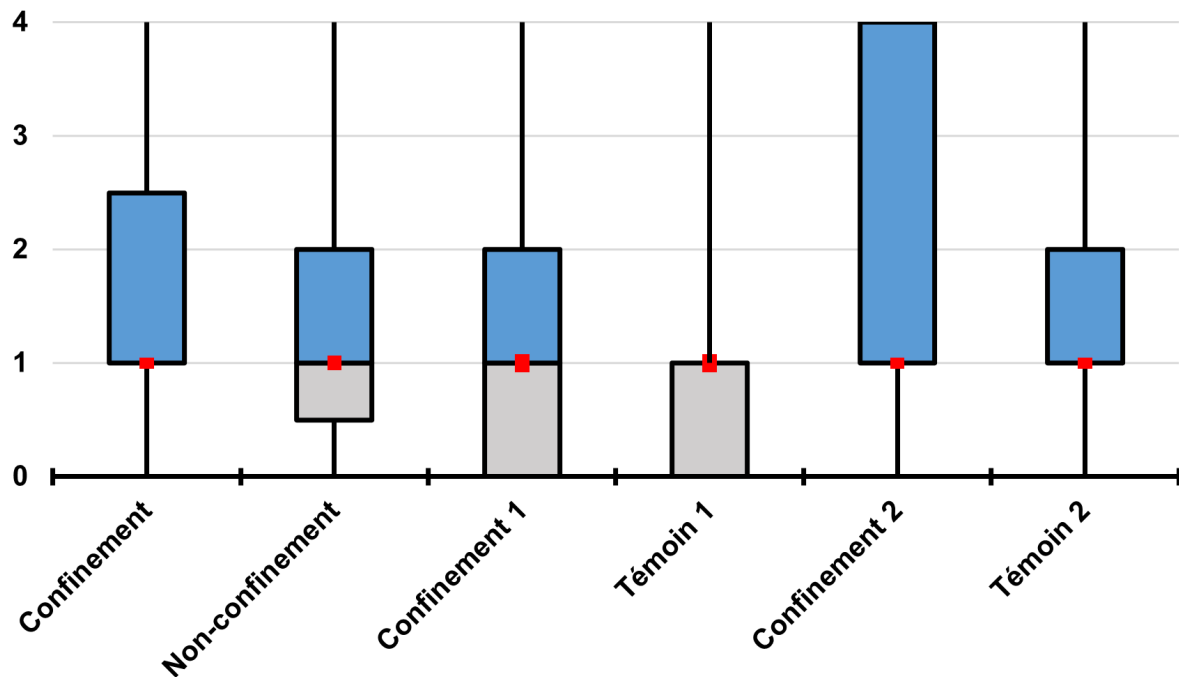
**Figure 7 : Diagramme en boîtes du score de sévérité de protection de l'enfance lors des périodes étudiées**

Les patients de la sous-population « protection de l'enfance » avaient un score de sévérité significativement plus élevé lors du confinement 1 par rapport à la période témoin 1 (médianes : 4 [1 ; 6] *versus* 1 [1 ; 4] ;  $p=0,04$ ) et par rapport au confinement 2 (médianes : 4 [1 ; 6] *versus* 1 [0 ; 5] ;  $p=0,03$ ) et moins élevé lors du confinement 2 par rapport à la période témoin 2 (médianes : 1 [0 ; 5] *versus* 4 [1 ; 6] ;  $p=0,03$ ).



La distribution du score de sévérité de pédopsychiatrie, en fonction de la période d'étude, est décrite en termes de médianes et d'intervalles interquartiles dans la

**Figure 8.**



**Figure 8 : Diagramme en boîtes du score de sévérité de pédopsychiatrie lors des périodes étudiées**

Dans la sous-population « pédopsychiatrie », il n'y avait pas de différence significative du score de sévérité des patients entre les périodes.

---

## Discussion

### I. Principaux résultats

#### A. Comparaison entre confinement et non-confinement : augmentation de la prévalence des patients en période de confinement

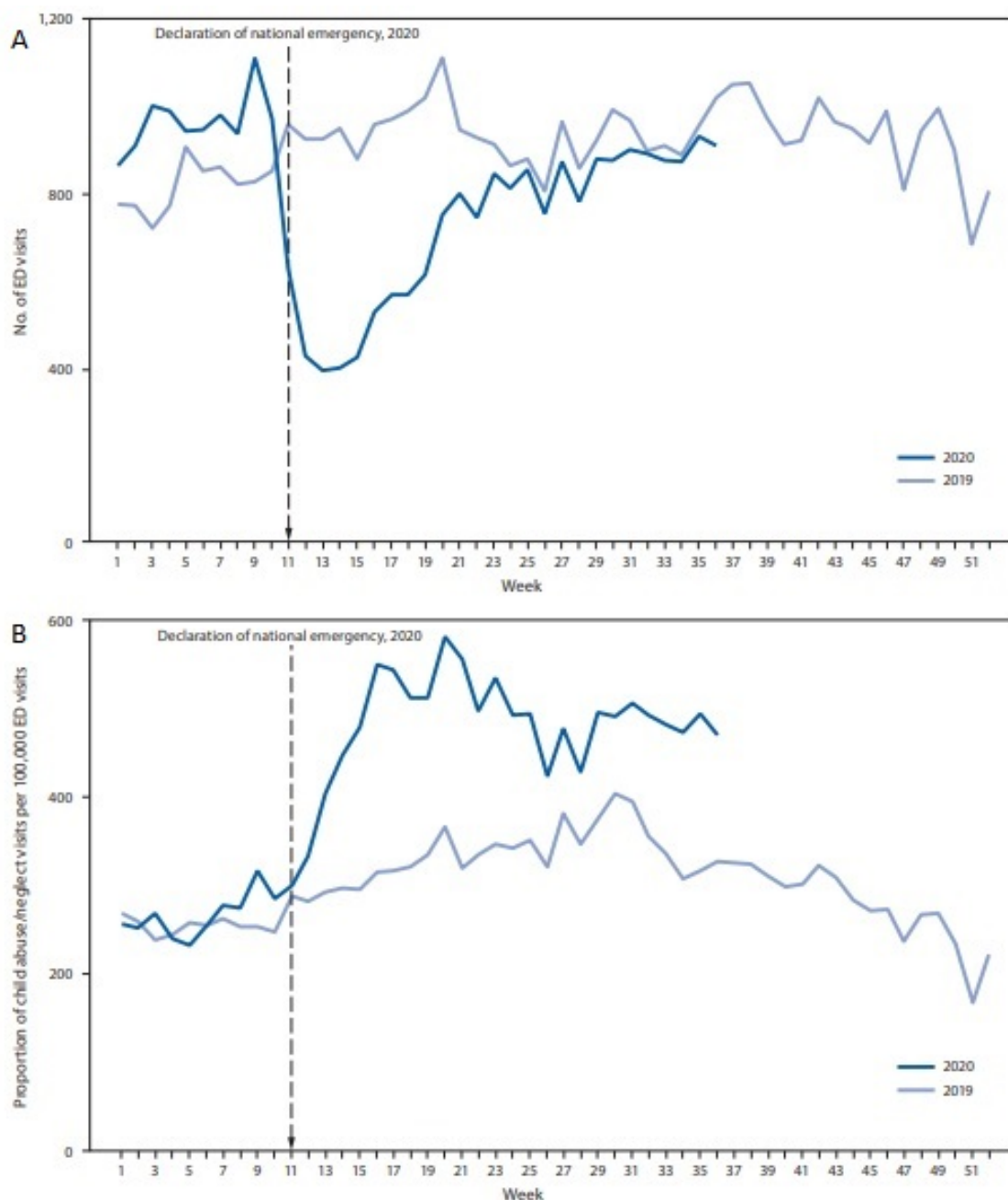
Les résultats de cette étude ont montré une nette augmentation de la prévalence des évaluations de protection de l'enfance (1,8% *versus* 0,9% ;  $p < 0,01$ ) et de pédopsychiatrie (2,3% *versus* 1,2% ;  $p < 0,01$ ) en période de confinement, par rapport à la période de non-confinement, au SAU pédiatrique du CHU de Lille. En revanche, l'étude du nombre médian d'évaluations quotidiennes de protection de l'enfance et de pédopsychiatrie dans ce service n'a pas montré de différence significative entre les périodes de confinement et de non-confinement (respectivement 0,6 [0,3 ; 1,1] *versus* 0,7 [0,4 ; 1,0] ;  $p = 0,53$  et 0,6 [0,3 ; 1,5] *versus* 1,1 [0,6 ; 1,4] ;  $p = 0,40$ ).

L'étude conjointe de ces deux paramètres était nécessaire à la compréhension de l'évolution de l'activité de protection de l'enfance et de pédopsychiatrie au SAU pédiatrique au début de la pandémie de Covid 19. En effet, l'augmentation de la prévalence de ces consultations témoignait d'une « moindre baisse de fréquentation » de ces enfants par rapport à la diminution globale d'activité au SAU pédiatrique du CHU de Lille en période de confinement. En parallèle, l'absence de différence significative du nombre quotidien d'évaluations de protection de l'enfance et de pédopsychiatrie pouvait témoigner d'une « charge de travail » non accrue pour la prise en charge de ces patients.

## 1. Des données confortées par la littérature

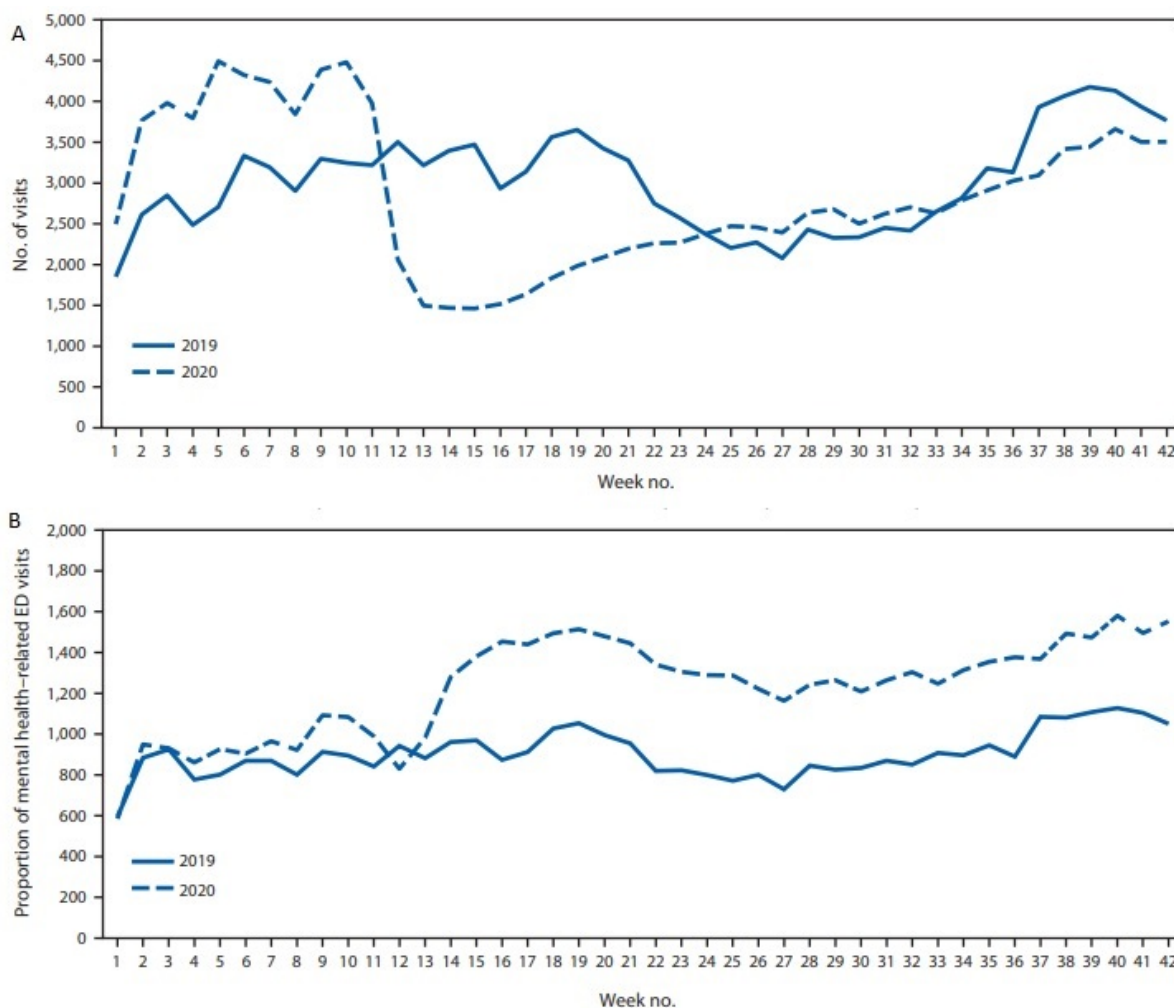
Les résultats de notre étude semblaient cohérents avec les premières publications réalisées sur ce sujet lors de la pandémie de Covid-19.

Aux Etats-Unis, le programme national de surveillance des maladies dans les services d'urgences a enregistré, après la déclaration de l'état d'urgence sanitaire en mars 2020, une augmentation significative de la prévalence des patients suspects de maltraitance infantile et de troubles anxieux et/ou de l'humeur chez l'enfant, associée à une diminution du nombre de ces consultations (**Figure 9** et **Figure 10**) (51,52).



**Figure 9 : Nombre (A) et proportion (B) d'enfants de moins de 18 ans victimes de maltraitance infantile parmi les patients ayant consulté dans les services d'urgence aux Etats-Unis, par semaine**

Swedo E, Idaikkadar N, Leemis R, Dias T, Radhakrishnan L, Stein Z, et al. Trends in U.S. Emergency Department Visits Related to Suspected or Confirmed Child Abuse and Neglect Among Children and Adolescents Aged <18 Years Before and During the COVID-19 Pandemic – United States, January 2019 – September 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 11 décembre 2020;69(49):1841-7.



\*Proportion of mental health-related ED visits = number of ED visits for children's mental health/total number of pediatric ED visits x 100,000

**Figure 10 : Nombre (A) et proportion (B) d'enfants de moins de 18 ans présentant des troubles anxieux et/ou de l'humeur parmi les patients ayant consulté dans les services d'urgence aux Etats-Unis, par semaine**

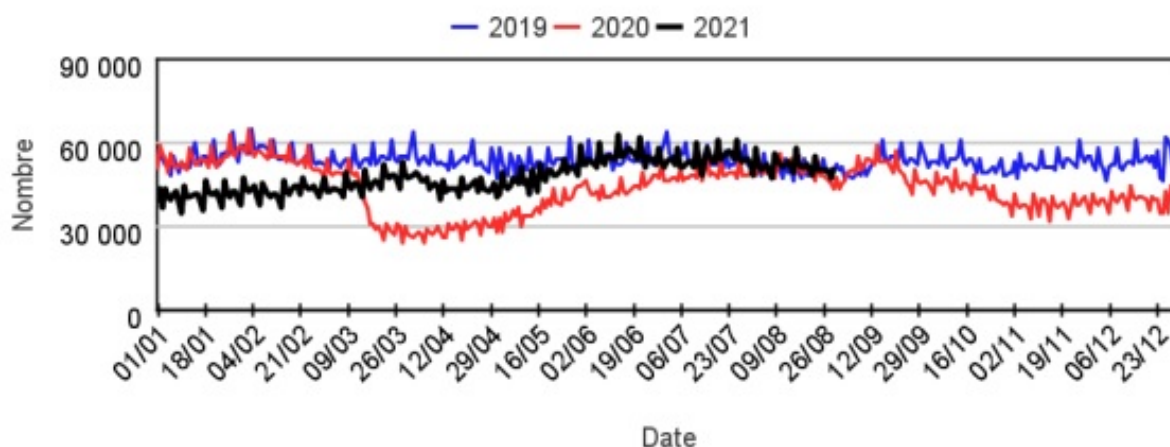
Leeb R, Bitsko R, Radhakrishnan L, Martinez P, Njai R, Holland K. Mental Health-Related Emergency Department Visits Among Children Aged <18 Years During the COVID-19 Pandemic – United States, January 1 – October 17, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 13 novembre 2020 ;69(45) :1675-1680

Entre février et avril 2020, aux urgences pédiatriques de Rome et de Palidoro, en Italie, le nombre de consultations pour troubles pédopsychiatriques a respectivement diminué de 27% et de 24%, et la prévalence de ces consultations a respectivement augmenté de 1,1% et de 0,3% (53).

En France, le travail de De Jorna et *al.*, mené au SAU pédiatrique du CHU de Lille lors du premier confinement, a montré une prévalence multipliée par deux des

consultations dont le diagnostic principal était considéré comme « psychosocial » selon la CIM-10, comparativement aux années 2018 et 2019 (54).

Cette augmentation de la prévalence d'enfants consultant pour troubles pédopsychiatriques et protection de l'enfance peut en partie être expliquée par la forte baisse de la fréquentation des urgences pédiatriques en période de confinement. Ainsi, au CHU de Lille, notre étude a montré une diminution de 63,5% des consultations globales au SAU pédiatrique pendant le premier confinement. En France, cette baisse inédite s'est produite dans les SAU pédiatriques et généraux, comme le montrent les données de Santé Publique France, notamment entre mars et mai 2020 (**Figure 11**) (55).



**Figure 11 : Evolution du nombre quotidien de passages aux urgences en France, tous âges confondus, réseau Oscour®**

*Santé Publique France. Surveillance syndromique SurSaUD®. Bulletin du réseau Oscour®. Point hebdomadaire numéro 856 du 31/08/2021*

En population générale, davantage d'arrêts cardiaques extrahospitaliers ont été constatés lors du premier confinement (56) et, en mars 2020, le nombre d'admissions pour accident vasculaire cérébral ou infarctus du myocarde a significativement diminué dans les SAU français (57). Les hypothèses évoquées dans la littérature pour expliquer cette diminution du nombre de consultations aux urgences étaient les

---

restrictions de déplacement liées au confinement mais aussi la peur de l'infection par le SARS-CoV-2 (58,59).

En pédiatrie, les mesures de distanciation sociale mises en place dans le cadre de l'épidémie de Covid-19 ont participé, en partie, à la diminution du nombre de consultations aux urgences pédiatriques en période de confinement. Ces « gestes barrières » ont limité les transmissions virales interhumaines et donc les épidémies virales saisonnières. Ainsi, le travail de Yang et *al.*, mené dans plusieurs hôpitaux parisiens, a montré une diminution de 50 à 70% du nombre total de consultations aux urgences pédiatriques lors des deux premiers confinements, avec 90% d'infections virales (rhinopharyngites, bronchiolites) et viro-induites (otites moyennes aiguës, crises d'asthme) en moins, par rapport aux années précédentes (60). L'étude de De Jorna et *al.* a également enregistré une diminution d'environ 60% du nombre total de consultations aux urgences pédiatriques avec une diminution de 7% de la prévalence des patients consultant pour une infection aiguë (54).

Malgré cette baisse globale d'activité dans les SAU pédiatriques et généraux, les résultats de notre étude n'ont pas mis en évidence de diminution des consultations de protection de l'enfance et de pédopsychiatrie. Cette hausse de prévalence a-t-elle été spécifique aux services d'urgences pédiatriques ?

## 2. Activité de protection de l'enfance et de pédopsychiatrie, hors urgences, en période de confinement

Dans les structures dédiées à la protection de l'enfance et à la pédopsychiatrie autres que les SAU généraux et pédiatriques, les études ont montré des divergences quant à l'évolution de l'activité en période de confinement.

Concernant l'activité de protection de l'enfance, le SNATED a enregistré en France, pendant le premier confinement, une augmentation de 56,2% des appels dont des situations plus urgentes que les années précédentes, et une augmentation de 30,4% de la rédaction d'IP. L'augmentation de ces indicateurs pourrait, selon le SNATED, être imputable à la campagne de prévention effectuée en amont du confinement. A l'inverse, aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne, plusieurs observatoires, dont des services de police, ont notifié une diminution de 8 à 40% du nombre de signalements d'enfants en danger au début de la pandémie (61–63). L'unité Médico-Judiciaire (UMJ) du CHU de Lille, quant à elle, a reçu moins de mineurs suspects de maltraitance lors du premier confinement, comparativement aux mêmes périodes des années précédentes, mais ils représentaient une part plus importante de toutes les consultations (10,7% en 2020 *versus* 5,8% en 2018-2019). Cette augmentation de prévalence pourrait être expliquée en partie par la réorganisation du service, l'UMJ recevant, à cette période, uniquement les patients victimes de violences sexuelles, de violences conjugales et les mineurs suspects de maltraitance (données de l'UMJ du CHU de Lille, non publiées).

Concernant l'activité de pédopsychiatrie, alors que les études de Leeb et *al.* (52) et de Raucci et *al.* (53) ont montré aux urgences une diminution du nombre de



patients consultant pour des troubles pédopsychiatriques, des enquêtes déclaratives menées en Grande-Bretagne et en Allemagne chez des enfants sains ont mis en évidence une augmentation des troubles pédopsychiatriques au cours des confinements. Ainsi, Bignardi et *al.* retrouvaient une augmentation significative des symptômes dépressifs chez des enfants de 7 à 12 ans, selon la « Revised Child Anxiety and Depression Scale – RCADS », pendant le premier confinement au Royaume-Uni (64). Dans l'étude de Ravens-Sieberer et *al.* réalisée pendant le confinement allemand, les enfants interrogés avaient, par rapport à l'année 2017, un niveau d'anxiété supérieur selon l'échelle « Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders - SCARED » et davantage de troubles somatoformes (65).

Les difficultés en santé mentale étaient plus nuancées dans les cohortes d'enfants déjà atteints de troubles pédopsychiatriques au début du confinement. Une étude française menée chez 533 enfants suivis pour trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité mettait en évidence pendant le premier confinement une amélioration des troubles du comportement pour un tiers d'entre eux (66).

Ainsi, l'évolution des consultations ou appels pour troubles pédopsychiatriques ou protection de l'enfance pendant les premiers confinements dus à la Covid-19 différait selon le lieu étudié (unité médico-judiciaire, services de police, domicile, services d'aide téléphonique).

Pourtant, les études s'intéressant aux services d'urgences pédiatriques semblaient toutes conclure à une augmentation de la prévalence des consultations de pédopsychiatrie et de maltraitance infantile en période de confinement, sans augmentation de leur nombre.

Ces données épidémiologiques, obtenues dans un contexte sanitaire inédit, sont à interpréter avec précaution. En effet, des facteurs comme la peur de l'infection par le SARS-CoV-2 ont pu diminuer le taux de consultations aux urgences, masquant une augmentation de la maltraitance infantile ou des troubles pédopsychiatriques dans la population générale. Cette hypothèse pourrait d'ailleurs vérifier les inquiétudes exprimées au début de la pandémie par l'OMS, l'UNICEF et le HCSP français (42,43).

Au-delà de leur prévalence et de leur nombre, notre étude a analysé les caractéristiques des patients ayant bénéficié d'évaluations de pédopsychiatrie et de protection de l'enfance aux urgences pédiatriques.

### **B. Caractéristiques générales de la population : des problématiques liées et complexes pour les patients « psychosociaux »**

Les caractéristiques générales de la population de ce travail nous semblent confirmer l'intérêt d'étudier simultanément les patients consultant pour motif pédopsychiatrique et pour protection de l'enfance.

En effet, 41,9% des patients évalués en protection de l'enfance ont aussi bénéficié d'une évaluation pédopsychiatrique et 27,3% d'entre eux avaient une pathologie psychiatrique connue avant la consultation aux urgences. Dans la sous-population « pédopsychiatrie », 32% des patients ont également bénéficié d'une évaluation de protection de l'enfance et 25,9% avaient déjà un suivi social par le Conseil Départemental ou la Justice. Ces résultats confirment l'intrication entre les domaines de la protection de l'enfance et de la pédopsychiatrie.

De plus, la durée médiane de passage aux urgences des patients de notre étude était de 5,1 heures (3,6 ; 9,1) et environ 1 patient sur 4 était hospitalisé à la sortie du SAU (21,6% pour les patients avec évaluation pédopsychiatrique et 27,3% pour les patients avec évaluation de protection de l'enfance). A titre comparatif, la durée médiane de passage de l'ensemble de la population consultant dans ce service sur les périodes de notre étude était de 3,5 heures (2,2 ; 5,6) et le taux d'hospitalisations de 14,3% (statistiques issues du logiciel ResUrgences®). Une enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, réalisée en 2013 chez les moins de 15 ans, a estimé que plus de la moitié des patients passait moins de 3 heures aux urgences et que 10% des patients étaient hospitalisés à la sortie des urgences (2). Les données de notre étude semblent donc à nouveau montrer le caractère long et complexe de la prise en charge des patients consultant pour une problématique psycho-sociale.

### **C. Comparaison entre confinement et non-confinement : spécificités des patients en période de confinement**

#### **1. Augmentation des violences intrafamiliales au domicile et vulnérabilité des plus jeunes**

La comparaison des caractéristiques de la population entre périodes de confinement et de non-confinement confirmait la crainte d'une hausse des violences intra-familiales au domicile. En effet, lors du premier confinement, les patients suspects de maltraitance infantile ont davantage été victimes de violences de la part d'un membre de la famille ( $p < 0,01$ ) et les violences avaient plus souvent lieu au domicile du patient ( $p = 0,01$ ).

De plus, lors du deuxième confinement, les patients évalués en pédopsychiatrie avaient été plus exposés à des violences et/ou un usage nocif de substances psychoactives au domicile ( $p=0,03$ ).

En plus d'être en accord avec les données connues sur la maltraitance infantile, incriminant dans 95% des cas un membre de la famille proche de la victime (17), ces différences semblaient évidentes dans le contexte sanitaire et confortaient à nouveau les inquiétudes du HCSP français. Des tensions intrafamiliales ont pu être majorées par la diminution d'activités extérieures jouant habituellement le rôle d'exutoire, l'absence de dépistage précoce de la maltraitance dans le milieu scolaire, ou encore la proximité entre parents et enfants au domicile, exposant à davantage de violences et de souffrance psychique (43).

Par ailleurs, dans notre étude, les patients des deux sous-populations étaient significativement plus jeunes lors du premier confinement par rapport aux mêmes périodes des deux années précédentes. La littérature relève une augmentation globale des consultations des enfants âgés de moins de trois mois et de moins d'un an aux urgences pédiatriques en période de confinement (54,67,68). Selon O'Cathain et *al.*, plusieurs raisons peuvent amener les patients à consulter en urgence, dont l'anxiété face à l'incertitude des symptômes ou la peur des conséquences d'une « non-consultation » sur l'enfant dont ils sont responsables (69). Ces hypothèses, et notamment la dernière, pourraient être d'autant plus importantes chez les parents d'enfants en bas âge, selon De Jorna et *al.* (54), expliquant la majoration des consultations des jeunes enfants aux urgences pédiatriques.

Notre étude souligne que cette diminution de l'âge médian des patients consultant aux urgences pédiatriques en période de confinement se vérifie aussi dans les domaines de la pédopsychiatrie et de la protection de l'enfance.

Parallèlement, les patients de la sous-population « protection de l'enfance », plus jeunes pendant le premier confinement, avaient aussi un score de sévérité plus important lors de ce confinement.

La vulnérabilité des plus petits, notamment en protection de l'enfance, a bien été démontrée : on sait par exemple que le très jeune enfant est particulièrement fragile face aux violences physiques et que le taux d'homicides le plus élevé de tous les âges de la vie est observé chez les enfants de moins d'un an (70).

Pour autant, nous n'avons pas montré d'augmentation des violences physiques en période de confinement mais plutôt une augmentation des violences psychologiques, de la négligence et des conduites à risque, pendant le deuxième confinement.

Le SNATED, qui a mis en évidence, lui aussi, une augmentation des violences psychologiques lors du premier confinement, a imputé cette augmentation à davantage d'appels du voisinage signalant des cris, des violences verbales de la part des adultes et des pleurs d'enfants (71).

## **2. Certains résultats inattendus**

Au vu du contexte sanitaire, des études publiées sur le confinement et des mises en garde des autorités sanitaires, nous aurions pu nous attendre à montrer dans notre travail, en période de confinement : une diminution de la durée de passage aux urgences, une diminution du taux de harcèlement scolaire en période de

---

déscolarisation des enfants et une augmentation de la sévérité des situations présentées par les patients.

Or, la durée médiane de passage au SAU pédiatrique du CHU de Lille n'a pas diminué dans notre étude malgré la diminution de l'activité globale du service.

Ainsi, en plus de la longueur et de la complexité des situations de ces patients, la durée de leur prise en charge semble également incompressible. Ceci peut probablement être expliqué par la durée de l'évaluation clinique ainsi que par la nécessité fréquente d'avis spécialisés, de liens avec des partenaires extrahospitaliers et de décisions partagées pluriprofessionnelles.

En période de fermeture des écoles en France, il nous paraissait primordial d'étudier la fréquence du harcèlement scolaire chez les enfants souffrant de troubles pédopsychiatriques. Le harcèlement scolaire, à l'origine de troubles dépressifs, de troubles anxieux tels que le refus scolaire anxieux, de somatisation et d'idées suicidaires (72), a diminué depuis le début de la pandémie selon Vaillancourt et *al.* (73) alors que notre étude n'a pas mis en évidence de différence entre les périodes de scolarisation et de déscolarisation. Nos résultats pourraient être expliqués par l'absence de distinction entre les enfants harcelés au moment de la consultation au SAU et ceux qui l'avaient été antérieurement. Ils pourraient aussi interroger sur la poursuite du harcèlement scolaire en période de confinement sous forme de cyberharcèlement (74), d'autant plus que, chez les enfants, l'exposition aux écrans a fortement augmenté depuis le début de la pandémie (75).

Enfin, dans notre étude, les patients ayant bénéficié d'une évaluation pédopsychiatrique n'ont pas verbalisé plus d'idées suicidaires en période de confinement, n'ont pas présenté plus de troubles anxieux ou de troubles de l'humeur et n'ont pas eu un score de sévérité plus élevé qu'en période de non-confinement.

Nos résultats concordent avec les résultats des premières études publiées sur les gestes suicidaires et le suicide en période de confinement. Lors du premier confinement, l'étude de Mourouvaye et *al.*, au CHU Necker en France (76), a montré une diminution du nombre d'admissions aux urgences pédiatriques pour comportement suicidaire et au Japon, le taux de suicides chez les enfants n'a pas augmenté comparativement aux années 2018 et 2019 (77).

## **D. Comparaison entre premier et deuxième confinement : le rôle de la fermeture des écoles**

### **1. Prévalence et nombre de patients : comparaison entre les deux confinements**

Concernant les enfants, la principale différence entre les deux premiers confinements nationaux était la fermeture de tous les établissements scolaires et de la petite enfance pendant le premier confinement, et leur ouverture durant le deuxième confinement. Les établissements scolaires étant un lieu de dépistage des troubles psychologiques et de la maltraitance (16), une des hypothèses initialement formulées était celle d'une augmentation plus importante de l'activité de protection de l'enfance et de pédopsychiatrie aux urgences pédiatriques lors du premier confinement.

Pourtant, dans la sous-population « protection de l'enfance », aucune différence significative du nombre de patients et de la prévalence n'a été mise en évidence entre

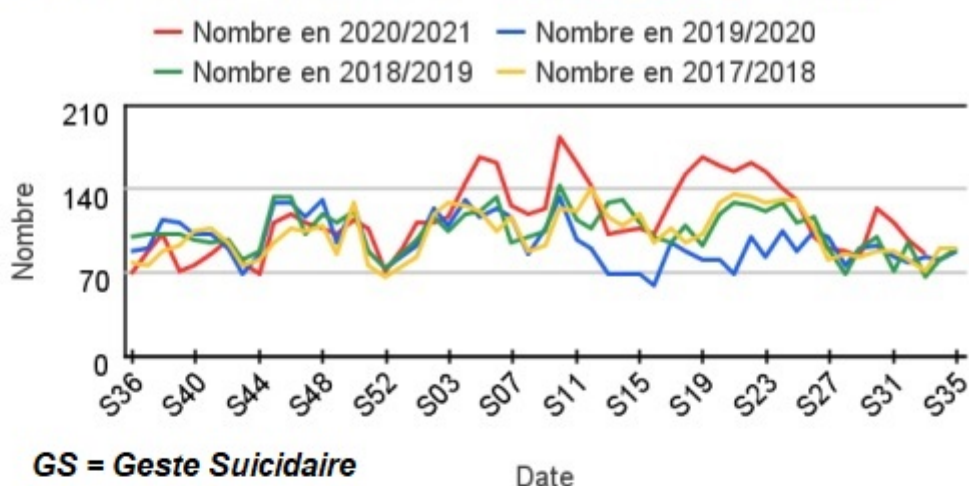
le premier et le deuxième confinement. Le nombre et la prévalence des patients de la sous-population « pédopsychiatrie » ont même augmenté significativement entre le premier et le deuxième confinement.

La fermeture des écoles ne semblait donc pas avoir eu de répercussions « négatives » sur l'activité de protection de l'enfance et de pédopsychiatrie aux urgences pédiatriques du CHU de Lille, et le facteur supposé protecteur de la scolarité a pu être contrebalancé par la durée de l'épidémie et l'accumulation des restrictions de libertés. Ainsi, la persistance pendant plusieurs mois des contraintes liées à la Covid-19 a pu être un facteur associé à l'émergence ou à l'aggravation de troubles pédopsychiatriques.

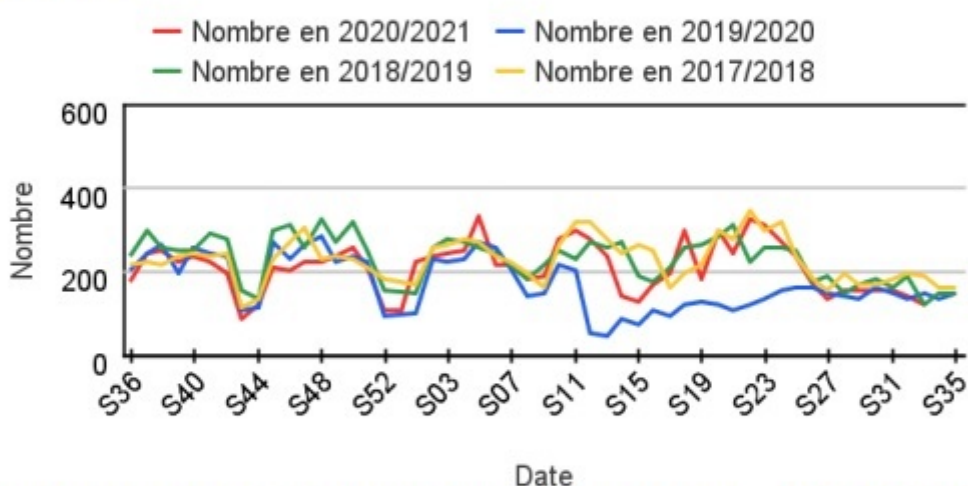
Les données issues du réseau Oscour®, couvrant 93% des passages aux urgences de France, ont montré en effet, une surreprésentation des gestes suicidaires et des troubles de l'humeur chez les moins de 15 ans, à partir du début de l'année scolaire 2020-2021 (78) (**Figure 12**).



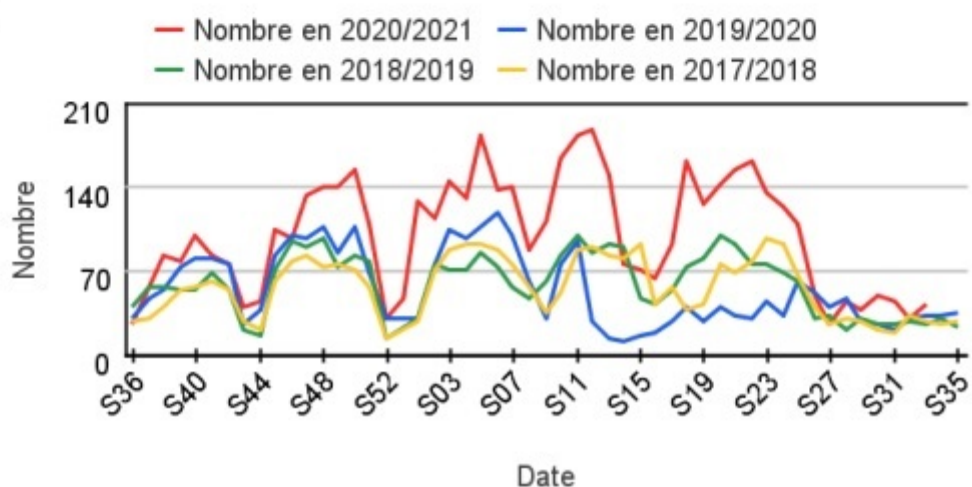
### A. Nombre de passages pour GS – Moins de 15 ans - France



### B. Nombre de passages pour Troubles anxieux – Moins de 15 ans - France



### C. Nombre de passages pour Troubles de l'humeur – Moins de 15 ans - France



**Figure 12 : Nombre de passages aux urgences pour geste suicidaire (A), troubles anxieux (B) et troubles de l'humeur (C) chez les moins de 15 ans, en France**  
Santé Publique France. Bulletin de surveillance syndromique de la santé mentale du 23 août 2021.  
Passages aux urgences du réseau Oscour® et actes médicaux SOS Médecins. Aout 2021

## 2. Caractéristiques des patients : comparaison entre les deux confinements

Alors que le nombre d'évaluations pédopsychiatriques a augmenté lors du deuxième confinement comparativement au premier, le temps de passage au SAU pédiatrique était aussi plus long ( $p=0,01$ ).

L'explication la plus probable pour cet allongement du temps de passage au SAU lors du deuxième confinement est l'augmentation de l'activité de pédopsychiatrie aux urgences, mais la saturation des services d'hospitalisation de pédopsychiatrie a également pu être responsable de difficultés à l'orientation des patients aux urgences, entraînant une plus longue durée de séjour au SAU (79).

Parmi les patients évalués en protection de l'enfance, même si la prévalence et le nombre de patients n'étaient pas significativement différents entre le premier et le deuxième confinement, les patients étaient plus jeunes lors du premier confinement ( $p<0,01$ ), nécessitaient plus souvent une action de protection de l'enfance ( $p=0,03$ ), étaient plus souvent hospitalisés au décours de la consultation au SAU ( $p=0,04$ ) et leur score de gravité était plus élevé ( $p=0,03$ ) que lors du deuxième confinement.

La scolarisation pourrait, en repérant précocement les enfants en danger et donc en évitant l'aggravation de certaines situations, dont des mises en danger immédiates, être un facteur protecteur des mineurs suspects de maltraitance. Cette hypothèse avait été avancée par l'OMS au début de la pandémie (42) et a été reprise par la Société française de pédiatrie comme argument pour la réouverture des écoles après le premier confinement (80).

## II. Forces et limites de l'étude

A l'heure où la pandémie de Covid-19 dure depuis près de deux ans, avec des conséquences majeures sur la population mondiale, le sujet de notre étude nous paraît très important. En effet, les conséquences de la Covid-19 sur les enfants sont surtout indirectes avec un impact potentiellement fort sur leur santé psychique et sociale.

De plus, par rapport aux travaux déjà publiés sur le sujet, notre choix de comparer entre eux, les deux confinements de 2020, introduit la question de la déscolarisation des enfants en période de Covid-19.

Hormis quelques études concernant les conduites hétéro-agressives chez les adolescents, les domaines de la protection de l'enfance et de la pédopsychiatrie sont peu étudiés dans un seul et même travail. Il nous paraissait pertinent dans notre étude de faire le lien entre ces deux domaines médicaux pour ce « public frontière ».

Des biais peuvent être évoqués dans notre travail.

Cette étude monocentrique ne permet pas d'extrapoler les résultats à la population générale des enfants victimes de maltraitance et de troubles pédopsychiatriques.

Le caractère rétrospectif de notre étude peut générer des biais de sélection et des données manquantes dans le recueil de données des patients. Nous avons tenté de minimiser ces biais de sélection par l'accès au dossier de tous les patients ayant consulté au SAU pédiatrique du CHU de Lille, lors des périodes étudiées, *via* le logiciel ResUrgences®. L'absence de codage diagnostique précis et consensuel dans le domaine de la protection de l'enfance par le système CIM-10 a été compensée par notre volonté d'exhaustivité concernant la sélection des patients : les critères d'inclusion étaient volontairement larges, et il suffisait qu'un seul critère parmi plusieurs

---

soit présent dans le dossier du patient pour que celui-ci soit inclus. Pour l'exclusion secondaire des patients, les dossiers médicaux et paramédicaux étaient ensuite relus par deux investigateurs, dont un référent en pédiatrie sociale. Le même travail était réalisé en pédopsychiatrie, même si la difficulté de l'inclusion par la classification diagnostique de la CIM-10 était moindre.

A notre connaissance, aucun score de sévérité validé n'est applicable aux urgences pédiatriques dans les domaines de l'urgence pédopsychiatrique et de la maltraitance infantile. Nous avons tout de même choisi de mesurer la gravité de ces enfants à travers des scores établis avec l'aide de médecins référents en psychiatrie et protection de l'enfance.

Enfin, nous n'avons pas été en mesure d'aborder la question de la relation causale entre confinement et apparition de troubles pédopsychiatriques ou de maltraitance infantile, seulement deux enfants ayant incriminé le contexte épidémique dans la responsabilité de leurs troubles. Un travail prospectif aurait pu préciser la temporalité entre confinement et début des symptômes.

Cependant, du fait de la précision nécessaire dans la rédaction de l'observation médicale pour ces patients aux problématiques psychosociales, peu de données étaient manquantes dans notre étude et aucune ne concernait le critère de jugement principal.

## Conclusion

Une meilleure connaissance des conséquences de l'épidémie de Covid-19 et des périodes de confinement sur la santé psychique et sociale des enfants pourrait améliorer la pratique des professionnels des secteurs sanitaires et sociaux. Les services d'urgences pédiatriques, déjà fréquemment en tension, en particulier dans les périodes hivernales, doivent pouvoir anticiper les répercussions de mesures gouvernementales inédites telles que celles mises en place dans le contexte de la Covid-19.

Face à l'effondrement du taux de consultations dans les SAU français lors des deux confinements nationaux de 2020, notre travail a montré que l'activité de protection de l'enfance et de pédopsychiatrie aux urgences pédiatriques du CHU de Lille était restée importante. La prévalence d'enfants ayant consulté dans ce service pour une problématique pédopsychiatrique ou d'enfance en danger a doublé pendant la période de confinement comparativement aux années 2018 et 2019. La durée de la pandémie a également semblé jouer un rôle sur la santé mentale des enfants et des adolescents.

Devant la persistance de la crise sanitaire et à l'heure de la « quatrième vague » de Covid-19 en France, les professionnels de l'enfance doivent être particulièrement vigilants aux situations de maltraitance infantile et à la détresse psychique des enfants qui ont pu être accrues en période de confinement et dont les conséquences pourraient encore être présentes dans les années à venir.

## Références bibliographiques

1. Ministère des Solidarités et de la Santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Fiche 26 - La médecine d'urgence. (consulté le 19 août 2021). Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2026%20-%20La%20m%C3%A9decine%20d%E2%80%99urgence%20.pdf>
2. Ministère des Solidarités et de la Santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Urgences : plus du quart des passages concernent les enfants de moins de 15 ans, octobre 2019. (consulté le 31 août 2021). Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1128.pdf>
3. Chevallier A, Stheneur C, Armengaud J-B, Chevallier B. La responsabilité médicale aux urgences pédiatriques. Médecine thérapeutique / Pédiatrie. 2008;11(6):315-324. (consulté le 19 août 2021). Disponible sur : <https://www.jle.com/fr/revues/mtp/e-docs/la-responsabilite-medicale-aux-urgences-pediatriques-280396/article.html>
4. Organisation Mondiale de la Santé, Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données, 2006. (consulté le 26 août 2021). Disponible sur : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43686/9789242594362\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43686/9789242594362_fre.pdf?sequence=1)
5. Samson B, Cornut C, Jousset C, Picherot G, Vabres N. Maltraitance envers les enfants et les adolescents. Pédiatrie - Maladies infectieuses. Elsevier Masson Collection. avril 2017;37(2):1-13. (consulté le 16 mai 2021). Disponible sur : <https://www-clinicalkey-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/student/content/emc/51-s2.0-S1637501716765021>
6. Convention Internationale des Droits de l'Enfant, UNICEF, 1989. (consulté le 06 juin 2021). Disponible sur : <https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/50154.pdf>
7. Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance. Journal Officiel de la République Française n°0163 du 14 juillet 1989. Légifrance. (consulté le 18 mai 2021). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000509315/>

8. Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Journal Officiel de la République Française n°55 du 6 mars 2007, texte n°7. Légifrance. (consulté le 21 janvier 2021). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2007/3/5/2007-293/jo/texte>
9. Loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. Journal Officiel de la République Française n°0063 du 15 mars 2016. Légifrance. (consulté le 21 janvier 2021). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/3/14/2016-297/jo/texte>
10. Article 434-3 du Code pénal. Légifrance. (consulté le 25 août 2021). Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000037289453/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289453/)
11. Article 226-14 du Code pénal. Légifrance. (consulté le 25 août 2021). Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000042193510/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042193510/)
12. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir – Rapport d'élaboration. Haute Autorité de Santé, octobre 2014. (consulté le 20 janvier 2021). Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance\\_enfant\\_rapport\\_d\\_elaboration.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf)
13. Les chiffres clés en protection de l'enfance, Observatoire National de la Protection de l'Enfance. (consulté le 06 juin 2021). Disponible sur : <https://www.onpe.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance>
14. Les chiffres clés de la Justice de 2019, Observatoire National de la Protection de l'Enfance, 2019. (consulté le 06 juin 2021). Disponible sur : [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/CC%202019\\_version%20f%E9vrier%202020\\_web.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/CC%202019_version%20f%E9vrier%202020_web.pdf)
15. A l'école des enfants heureux... ou presque, Observatoire international de la violence à l'école pour UNICEF France, mars 2011. (consulté le 26 juillet 2021). Disponible sur : [https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/UNICEF\\_FRANCE\\_violences\\_scolaires\\_mars\\_2011\(1\).pdf](https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/UNICEF_FRANCE_violences_scolaires_mars_2011(1).pdf)
16. Le suivi de la mise en place des indicateurs de l'activité des Crip, Observatoire National de la Protection de l'Enfance, Communiqué de presse ONPE 2021-8, juin 2020. (consulté le 15 août 2021). Disponible sur : [https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/cp2021-08\\_-\\_note\\_indicateurs\\_crip\\_2021\\_ok\\_0.pdf](https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/cp2021-08_-_note_indicateurs_crip_2021_ok_0.pdf)
17. Etude annuelle relative aux appels du SNATED en 2019, Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger, novembre 2020. (consulté le 26 août 2021). Disponible sur : [https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/activite/etude\\_snat\\_ed\\_2019\\_complet.pdf](https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/activite/etude_snat_ed_2019_complet.pdf)

18. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*. octobre 2011;378(9801):1515-25.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60827-1)
19. Collège national des universitaires en psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). *Référentiel de psychiatrie et addictologie : psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie*. 3<sup>ème</sup> ed. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021.
20. Blondon M, Périsset D, Unni S-K-E, Wilson A, Mazet P, Cohen D, L'accueil d'urgence en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : évolution sur 20 ans dans un site hospitalo-universitaire, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, avril 2007;55(1):23-30.  
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2006.12.005>
21. Boyer J, Cautenet A, Ligier F. Réflexion sur l'évolution à 10 ans des urgences pédopsychiatriques, CHRU-Nancy. *L'Encéphale*. août 2021;47(4):348-55.  
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.08.011>
22. Pittsenbarger ZE, Mannix R. Trends in Pediatric Visits to the Emergency Department for Psychiatric Illnesses. *Acad Emerg Med*. 2014;21(1):25-30.  
<https://doi.org/10.1111/acem.12282>
23. Velin P, Alamir H, Babe P, Guida A, Four R, Montaz-Rosset N, et al. Les adolescents aux urgences de l'hôpital Lenval pour enfants à Nice en 1999, *Archives de Pédiatrie*. 2001;8(4) :361-367.  
[https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(00\)00211-6](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(00)00211-6)
24. Chatagner A, Raynaud J-P. Adolescents et urgences pédopsychiatriques : revue de la littérature et réflexion clinique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. janvier 2013;61(1):8-16.  
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2012.10.004>
25. Podlipski M-A, Peuch A-C, Belloncle V, Rigal S, Grall-Lerosay M, Castanet M, et al. Accueil en urgence des adolescents pour motif pédopsychiatrique. *Archives de Pédiatrie*. janvier 2014;21(1):7-12.  
<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2013.10.007>
26. Blanc B, Zebiche H, Didillon A, Legras S, Maestracci M, Rodière M. Pédopsychiatrie de crise et adolescents aux urgences pédiatriques. *Journal Européen des Urgences*. mars 2008;21Suppl1:A117  
<https://doi.org/10.1016/j.jeur.2008.03.125>
27. Neggia G, Diallo D, Bontemps S, Matthews A, De Jorna C, Martinot A, et al. Child abuse and neglect in a pediatric emergency department: epidemiology and outcome. *Archives de Pédiatrie*. août 2021.  
<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2021.06.006>



28. Bronsard G, Alessandrini M, Fond G, Loundou A, Auquier P, Tordjman S, et al. The Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents in the Child Welfare System: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine (Baltimore)*. février 2016;95(7):e2622. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002622>
29. Picherot G, Stheneur C, Cheymol J, Caquard M, Caldagues E, Dreno L. Violences subies et violences agies : rencontres pédiatriques avec des adolescents dans la tourmente. *Archives de Pédiatrie*. juin 2010;17(6):940-1. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(10\)70189-5](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(10)70189-5)
30. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. L'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation. 2017. (consulté le 26 août 2021). Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/web\\_rbpp\\_socialisation.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpp_socialisation.pdf)
31. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives. 2015. (consulté le 26 août 2021). Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-rbpp-enf-sante\\_mineurs-jeunes\\_majeurs-interactif.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-rbpp-enf-sante_mineurs-jeunes_majeurs-interactif.pdf)
32. Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la prise en charge des cas confirmés d'infection au virus SARS-CoV2. 5 mars 2020. (consulté le 08 septembre 2021). Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/273958.pdf>
33. Sante Publique France. Covid-19 : Point épidémiologique du 4 mars 2020. (consulté le 16 mai 2021). Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-4-mars-2020>
34. Ludvigsson JF. Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatr*. juin 2020;109(6):1088-95. <https://doi.org/10.1111/apa.15270>
35. Ladhani SN, Amin-Chowdhury Z, Davies HG, Aiano F, Hayden I, Lacy J, et al. COVID-19 in children: analysis of the first pandemic peak in England. *Arch Dis Child*. décembre 2020;105(12):1180-5. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-320042>
36. Hentgen V. PIMS (syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique lié au SARS-CoV-2) : une nouvelle maladie ? *Perfectionnement en pédiatrie*. mai 2021;4(2)Suppl1:E5-6. <https://doi.org/10.1016/j.perped.2021.03.034>

37. Kim L, Whitaker M, O'Halloran A, Kambhampati A, Chai SJ, Reingold A, et al. Hospitalization Rates and Characteristics of Children Aged <18 Years Hospitalized with Laboratory-Confirmed COVID-19 — COVID-NET, 14 States, March 1–July 25, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 14 août 2020;69(32):1081-8. (consulté le 15 mai 2021). Disponible sur : <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6932e3-H.pdf>
38. Sante Publique France. Covid-19 chez l'enfant (moins de 18 ans). Etat des lieux de la littérature en amont de la réouverture annoncée des crèches et des écoles. 20 mai 2020. (consulté le 13 juin 2021). Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/synthese-rapide-des-connaissances/covid-19-chez-l-enfant-moins-de-18-ans-.etat-des-lieux-de-la-litterature-en-amont-de-la-reouverture-annoncee-des-creches-et-des-ecoles.-etat-de->
39. Duc C, Souquet C. L'impact de la crise sanitaire sur l'organisation et l'activité des sociétés. Institut National de la Statistique et des études Economiques. décembre 2020. (consulté le 21 août 2021). Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4994488>
40. Décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire. Abrogé le 11 mai 2020. Légifrance. (consulté le 16 mai 2021). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000041747861/2020-03-30/>
41. Décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire. Abrogé le 02 juin 2021. Légifrance. (consulté le 19 août 2021). Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000042475143?init=true&page=1&query=2020-1310&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000042475143?init=true&page=1&query=2020-1310&searchField=ALL&tab_selection=all)
42. Organisation Mondiale de la Santé, Joint Leader's statement – Violence against children: A hidden crisis of the COVID-19 pandemic. 2020. (consulté le 15 mai 2021). Disponible sur : <https://www.who.int/news/item/08-04-2020-joint-leader-s-statement---violence-against-children-a-hidden-crisis-of-the-covid-19-pandemic>
43. Haut Conseil de la Santé Publique. Avis relatif à la santé des enfants, à l'épidémie de Covid-19 et ses suites. 17 avril 2020. (consulté le 12 juillet 2021). Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=860>
44. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet.* mars 2020;395(10227):912-20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
45. Mazza M, Marano G, Lai C, Janiri L, Sani G. Danger in danger: Interpersonal violence during COVID-19 quarantine. *Psychiatry Res.* juillet 2020;289:113046. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113046>

46. Brown SM, Doom JR, Lechuga-Peña S, Watamura SE, Koppels T. Stress and parenting during the global COVID-19 pandemic. *Child Abuse Negl.* décembre 2020;110(2):104699.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104699>
47. Haut Conseil de la Santé Publique. Gestion de l'épidémie COVID-19 et inégalités sociales de santé des enfants, leçons pour le futur. 18 juin 2020. (consulté le 20 janvier 2021). Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=896>
48. Abassi M. Résultats de l'enquête Flash sur le fonctionnement des établissements et services de l'aide sociale à l'enfance pendant la période de confinement liée au Covid-19. Ministère des Solidarités et de la Santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. mai 2020. (consulté le 16 mai 2021). Disponible sur : [https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/129826/1/dossiers\\_56.pdf](https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/129826/1/dossiers_56.pdf)
49. Berthy M. Période de confinement des enfants et des familles : le 119-Allô enfance en danger assure une continuité de service 24h sur 24, 7j sur 7. 20 mars 2020. (consulté le 16 mai 2021). Disponible sur : <https://udaf35.fr/wp-content/uploads/2020/03/119.pdf>
50. Haute Autorité de Santé. Critères d'usage nocif et de dépendance à une substance psychoactive et au tabac selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS, 10<sup>ème</sup> révision. octobre 2014. (consulté le 1<sup>er</sup> septembre 2021). Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe\\_criteres\\_cim-10\\_abus\\_dependance.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_criteres_cim-10_abus_dependance.pdf)
51. Swedo E, Idaikkadar N, Leemis R, Dias T, Radhakrishnan L, Stein Z, et al. Trends in U.S. Emergency Department Visits Related to Suspected or Confirmed Child Abuse and Neglect Among Children and Adolescents Aged <18 Years Before and During the COVID-19 Pandemic – United States, January 2019 – September 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 11 décembre 2020;69(49):1841-7.  
<http://dx.doi.org/1.15585/mmwr.mm6949a1>
52. Leeb R, Bitsko R, Radhakrishnan L, Martinez P, Njai R, Holland K. Mental Health–Related Emergency Department Visits Among Children Aged <18 Years During the COVID-19 Pandemic – United States, January 1 – October 17, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 13 novembre 2020 ;69(45):1675-1680  
<http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6945a3>
53. Raucci U, Musolino A.M, Di Lallo D, Piga S, Antonietta B, Pisani M, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the Emergency Department of a tertiary children's hospital. *Italian Journal of Pediatrics.* 2021 ;47.  
<https://doi.org/10.1186/s13052-021-00976-y>
54. De Jorna C, Liber M, Martinot A, Dubos F, et al. Impact du confinement lié à la Covid-19 sur les urgences pédiatriques. Congrès de la Société Française de Pédiatrie. mai 2021

55. Santé Publique France. Surveillance syndromique SurSaUD®. Bulletin du réseau Oscour®. Point hebdomadaire numéro 856 du 31/08/2021. (consulté le 06 septembre 2021). Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/surveillance-syndromique-sursaud-R/documents/bulletin-national/2021/bulletin-national-d-information-oscour-du-31-aout-2021>
56. Pechmajou L, Marijon E, Perrot D, Jouven X, Karam N. Arrêt cardiaque extrahospitalier et pandémie de la COVID-19. *Ann Cardiol Angéiologie*. décembre 2020;69(6):365-9. <https://doi.org/10.1016/j.ancard.2020.10.003>
57. Olié V, Carcaillon-Bentata L, Thiam M-M, Haeghebaert S, Caserio-Schönemann C. Emergency department admissions for myocardial infarction and stroke in France during the first wave of the COVID-19 pandemic: National temporal trends and regional disparities. *Arch Cardiovasc Dis*. mai 2021;114(5):371-80. <https://doi.org/10.1016/j.acvd.2021.01.006>
58. Barten DG, Latten GHP, van Osch FHM. Reduced Emergency Department Utilization During the Early Phase of the COVID-19 Pandemic: Viral Fear or Lockdown Effect? *Disaster Med Public Health Prep*. 12 août 2020;1-4. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.303>
59. Angoulvant F, Ouldali N, Yang DD, Filser M, Gajdos V, Rybak A, et al. COVID-19 pandemic: Impact caused by school closure and national lockdown on pediatric visits and admissions for viral and non-viral infections, a time series analysis. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 3 juin 2020;72(2):319-322 <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa710>
60. Yang D, Ouldali N, Rybak A, Gajdos V, Guedj R, Soussan-Banini V, et al. Baisse des infections virales et viro-induites pédiatriques pendant les confinements en 2020. *Médecine thérapeutique / Pédiatrie*. 2021;23(1):41-45. (consulté le 12août 2021). Disponible sur : <http://www.jle.com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/fr/revues/mtp/e-docs/baisse-des-infections-virales-et-viro-induites-pediatriques-pendant-les-confinements-en-2020-320137/article.phtml?tab=texte>
61. Barboza GE, Schiamburg LB, Pachi L. A spatiotemporal analysis of the impact of COVID-19 on child abuse and neglect in the city of Los Angeles, California. *Child Abuse Negl*. 2021;116(2):104740. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104740>
62. Baron EJ, Goldstein EG, Wallace CT. Suffering in silence: How COVID-19 school closures inhibit the reporting of child maltreatment. *J Public Econ*. octobre 2020;190:104258. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104258>

63. Garstang J, Debelle G, Anand I, Armstrong J, Botcher E, Chaplin H, et al. Effect of COVID-19 lockdown on child protection medical assessments: a retrospective observational study in Birmingham, UK. *BMJ Open*. septembre 2020;10(9):e042867.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042867>
64. Bignardi G, Dalmaijer ES, Anwyl-Irvine AL, Smith TA, Siugzdaite R, Uh S, et al. Longitudinal increases in childhood depression symptoms during the COVID-19 lockdown. *Arch Dis Child*. 2021;106:791-6.  
<https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-320372>
65. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M, Devine J, Schlack R, Otto C. Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 25 janvier 2021:1-11  
<https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5>
66. Bobo E, Lin L, Acquaviva E, Caci H, Franc N, Gamon L, et al. Comment les enfants et adolescents avec le trouble déficit d'attention/hyperactivité (TDAH) vivent-ils le confinement durant la pandémie COVID-19 ? *L'Encephale*. juin 2020;46(3)Suppl:S85-S92.  
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.05.011>
67. Dopfer C, Wetzke M, Zychlinsky Scharff A, Mueller F, Dressler F, Baumann U, et al. COVID-19 related reduction in pediatric emergency healthcare utilization – a concerning trend. *BMC Pediatr*. décembre 2020;20(1):427.  
<https://doi.org/10.1186/s12887-020-02303-6>
68. Goldman RD, Grafstein E, Barclay N, Irvine MA, Portales-Casamar E. Paediatric patients seen in 18 emergency departments during the COVID-19 pandemic. *Emerg Med J*. 29 octobre 2020;37:773-7.  
<https://doi.org/10.1136/emered-2020-210273>
69. O'Cathain A, Connell J, Long J, Coster J. 'Clinically unnecessary' use of emergency and urgent care: A realist review of patients' decision making. *Health Expect*. 29 octobre 2019;23(1):19-40.  
<https://doi.org/10.1111/hex.12995>
70. Tursz A. Facteurs de risque de la maltraitance dans l'enfance. *Rev Prat*. 2011 May;61(5):658-60. (consulté le 16 juin 2021) Disponible sur :  
[https://www.researchgate.net/publication/51243795\\_Risk\\_factors\\_of\\_child\\_abuse\\_and\\_neglect\\_in\\_childhood](https://www.researchgate.net/publication/51243795_Risk_factors_of_child_abuse_and_neglect_in_childhood)
71. Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger. Bilan relatif à l'activité du 119. Période de confinement du 18 mars au 10 mai 2020. 20 mai 2020. (consulté le 15 août 2021) Disponible sur :  
<https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/etude-confinement-119-parution20mai2020.pdf>

72. Guivarch J, Poinso F, Gignoux-Froment F. Malaise à l'école. L'Information psychiatrique. août 2018;94(8):681-8. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2018-8-page-681.htm?contenu=article>
73. Vaillancourt T, Brittain H, Krygsman A, Farrell AH, Landon S, Pepler D. School bullying before and during COVID-19: Results from a population-based randomized design. *Aggress Behav.* 2021;47(5):557-69. <https://doi-org/10.1002/ab.21986>
74. Blaya C. Le cyberharcèlement chez les jeunes. *Enfance.* 2018;3(3) :421-439 <https://doi.org/10.3917/enf2.183.0421>
75. Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité. Activité physique et sédentarité : évolution des comportements pendant le confinement (mars-mai 2020). mai 2021. (consulté le 05 septembre 2021). Disponible sur : [https://onaps.fr/wp-content/uploads/2021/06/Etat-des-lieux-confinement Onaps.pdf](https://onaps.fr/wp-content/uploads/2021/06/Etat-des-lieux-confinement_Onaps.pdf)
76. Mourouvaye M, Bottemanne H, Bonny G, Fourcade L, Angoulvant F, Cohen JF, et al. Association between suicide behaviours in children and adolescents and the COVID-19 lockdown in Paris, France: a retrospective observational study. *Arch Dis Child.* septembre 2021;106(9):918-9. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-320628>
77. Isumi A, Doi S, Yamaoka Y, Takahashi K, Fujiwara T. Do suicide rates in children and adolescents change during school closure in Japan? The acute effect of the first wave of COVID-19 pandemic on child and adolescent mental health. *Child Abuse Negl.* décembre 2020;110:104680. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104680>
78. Santé Publique France. Bulletin de surveillance syndromique de la santé mentale du 23 août 2021. Passages aux urgences du réseau Oscour® et actes médicaux SOS Médecins. Aout 2021. (consulté le 02 septembre 2021). Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/surveillance-syndromique-sursaud-R/documents/bulletin-national/2021/bulletin-de-surveillance-syndromique-de-la-sante-mentale-du-23-aout-2021>
79. Ouss L. « Sommes-nous vraiment prêts à "trier" les enfants et adolescents suicidaires ? ». Société Française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et des disciplines associées. (consulté le 1<sup>er</sup> septembre 2021). Disponible sur : <http://sfpeada.fr/wordpress/wp-content/uploads/2021/03/Texte-Le-Monde-Trier-Enfants-et-Adolescents-suicidants-V2-signataires-ajoute%CC%81s .pdf>
80. Delacourt C, Gras-Le Guen C, Gonzales E. Retour à l'école et COVID-19 : il est urgent de maîtriser nos peurs et aller de l'avant pour le bien des enfants : Tribune. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture.* juin 2020;33(3):99-100 <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2020.05.001>

## Annexes

### **Annexe 1 : Liste des mots-clés « sociaux » recherchés dans le dossier médical pour l'inclusion des patients**

Les mots-clés « sociaux », définis avec les référents en protection de l'enfance du SAU pédiatrique du CHU de Lille, étaient les suivants :

- mots-clés concernant les motifs de consultation et/ou diagnostics : [maltraitance], [viol], [harcèlement], [sexu], [suicid], [conflit], [danger], [agressif], [attouche], [clastique], [abus], [pénétr], [fellation], [sévice], [intoxication], [PSP], [porno], [conjugal], [agitation], [secou], [héberge] et leurs « variantes orthographiques » les plus courantes,
- mots-clés concernant les acteurs de protection de l'enfance : [foyer], [UTPAS], [MDS], [éducat], [social], [AEMO], [IEAD], [commissaria], [police], [brigade], [parquet], [procureur], [matthews], [PMI], [CMP], [juge], [TJ], [tribunal], [TGI], [sauvegarde], [PJJ], [AGSS], [UDAF], [MECS], [ITEP], [areas], [légiste], [légal], [UMJ], [liaison] et leurs « variantes orthographiques » les plus courantes,
- mots-clés concernant les actions de protection de l'enfance : [signalement], [préoccupant], [SJ], [placé], [placemen], [protection], [judici], [dépôt] et leurs « variantes orthographiques » les plus courantes.

<i>AEMO = Action Educative en Milieu Ouvert</i>	<i>PSP = Pédiatrie Sociale Précarité</i>
<i>AGSS = Association de Gestion des Services Spécialisés</i>	<i>SJ = Signalement Judiciaire</i>
<i>CMP = Centre Médico-Psychologique</i>	<i>TJ = Tribunal Judiciaire</i>
<i>IEAD = Intervention Educative A Domicile</i>	<i>TGI = Tribunal de Grande Instance</i>
<i>ITEP = Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique</i>	<i>UDAF = Union Départementale des Associations Familiales</i>
<i>MDS = Maison Départementale des Solidarités</i>	<i>UMJ = Unité Médico-Judiciaire</i>
<i>MECS = Maison d'Enfants à Caractère Social</i>	<i>UTPAS = Unité Territoriale de Prévention et d'Action Sociale</i>
<i>PMI = Protection Maternelle et Infantile</i>	<i>PJJ = Protection Judiciaire de la Jeunesse</i>

## **Annexe 2 : Liste des diagnostics « sociaux » recherchés dans le dossier médical pour l'inclusion des patients**

Les diagnostics (CIM-10) retenus comme diagnostics « sociaux » par les référents en protection de l'enfance du SAU pédiatrique du CHU de Lille étaient les suivants :

- « troubles du fonctionnement social apparaissant spécifiquement durant l'enfance et l'adolescence » (F94),
- « agitation » (R45.1),
- « violence physique » (R45.6),
- « syndromes dus à de mauvais traitements » (T74),
- « agressions » (X85 à Y09),
- « examen et mise en observation après allégation de viol et de séduction » (Z04.4),
- « examen et mise en observation après d'autres blessures dues à une agression » (Z04.5),
- « difficultés liées à l'environnement social » (Z60),
- « difficultés liées à une enfance malheureuse » (Z61),
- « autres difficultés liées à l'éducation » (Z62),
- « autres difficultés liées à l'entourage immédiat, y compris la situation familiale » (Z63),
- « difficultés liées à d'autres situations psycho-sociales » (Z65),
- « conflit sur le rôle social, non classé ailleurs » (Z73.5).



### **Annexe 3 : Liste des diagnostics « pédopsychiatriques » recherchés dans le dossier médical pour l'inclusion des patients**

Les diagnostics (CIM-10) retenus comme diagnostics « pédopsychiatriques » par les référents en pédopsychiatrie du SAU pédiatrique du CHU de Lille étaient les suivants :

- « troubles mentaux et du comportement » (F00 à F99),
- « autres symptômes et signes relatifs aux sensations et aux perceptions générales » (R44),
- « symptômes et signes relatifs à l'humeur » (R45),
- « symptômes et signes relatifs à l'apparence et au comportement » (R46),
- « intoxications par des médicaments et des substances biologiques » (T36 à T50),
- « effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale » (T51 à T65),
- « syndromes dus à de mauvais traitements » (T74),
- « lésions auto-infligées » (X60 à X84),
- « difficultés liées à l'environnement social » (Z60),
- « difficultés liées à une enfance malheureuse » (Z61),
- « autres difficultés liées à l'éducation » (Z62),
- « autres difficultés liées à l'entourage immédiat, y compris la situation familiale » (Z63).

**AUTEUR : Nom : PAPINUTTO**

**Prénom : Typhen**

**Date de Soutenance : 24/09/2021**

**Titre de la Thèse : Impact des premiers confinements dus à la Covid-19 sur l'activité de protection de l'enfance et de pédopsychiatrie aux urgences pédiatriques du CHU de Lille**

**Thèse - Médecine - Lille 2021**

**Cadre de classement : Pédiatrie**

**DES + spécialité : Pédiatrie**

**Mots-clés : Urgences, Maltraitance, Pédopsychiatrie, Covid-19**

### **Résumé**

**Contexte :** La pandémie de Covid-19 a entraîné la mise en place de plusieurs confinements de la population française et exposé les enfants à la déscolarisation, à la peur de l'infection et aux tensions intrafamiliales. Les urgences pédiatriques, lieu de dépistage de la maltraitance infantile et des troubles pédopsychiatriques, sont restées ouvertes en période de confinement.

**Méthode :** Cette étude épidémiologique, descriptive, rétrospective et monocentrique, était menée aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille. Les patients inclus étaient âgés de moins de 15 ans et 3 mois et avaient bénéficié d'une évaluation de protection de l'enfance et/ou de pédopsychiatrie lors de leur passage aux urgences pédiatriques. Les périodes étudiées étaient les deux confinements nationaux de 2020, et les mêmes périodes des années 2018 et 2019. Le but de ce travail était de comparer la prévalence, le nombre, les caractéristiques et la sévérité de ces patients entre les périodes de confinement et de non-confinement et entre les deux périodes de confinement.

**Résultats :** La prévalence des patients ayant bénéficié d'une évaluation de protection de l'enfance et/ou de pédopsychiatrie a augmenté en période de confinement par rapport à la période de non-confinement (3,2% vs 1,8% ;  $p < 0,01$ ), sans différence significative du nombre quotidien de ces patients. La prévalence et le nombre quotidien de patients évalués en pédopsychiatrie ont significativement augmenté lors du deuxième confinement, par rapport au premier. Lors du premier confinement, les patients inclus étaient plus jeunes qu'en 2018-2019, les patients évalués en protection de l'enfance avaient davantage été victimes de violences à leur domicile, davantage par un membre de leur famille proche, et leurs situations étaient plus graves qu'en 2018-2019.

**Conclusion :** Le nombre d'évaluations de protection de l'enfance et de pédopsychiatrie n'a pas diminué aux urgences pédiatriques de Lille, contrairement aux autres consultations. Ces résultats pourraient être le reflet de la diminution des épidémies virales saisonnières ou de l'augmentation de la maltraitance infantile et des troubles pédopsychiatriques dans la population générale, en période de confinement.

### **Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Alain MARTINOT

**Assesseurs :** Monsieur le Professeur François DUBOS

Monsieur le Docteur Charles-Edouard NOTREDAME

**Directeur de thèse :** Monsieur le Docteur Stéphane BONTEMPS