



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Pédiatrie sociale : description de l'activité dans le service de  
pédiatrie du Centre Hospitalier de Roubaix entre 2013 et 2018**

Présentée et soutenue publiquement le 19 mai 2022 à 18 heures  
au Pôle Formation  
par **Gwendoline GOUJON**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur François DUBOS**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Docteur Guillaume POUESSEL**

**Madame le Docteur Judith OLLIVON**

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteur Capucine TROCHU**

---



## Liste des abréviations

UAPED	Unité d'Accueil Pédiatrique Enfant en Danger
SJ	Signalement judiciaire
IP	Information préoccupante
CH	Centre Hospitalier
MS	Mesure Sociale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ONPE	Observatoire Nationale de la Protection de l'Enfance
CRIP	Cellule départementale de Recueil des Informations Préoccupantes
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
CHRU	Centre Hospitalier Universitaire
CESREES	Comité d'Expertise pour les Recherches, les Etudes et les Evaluations dans le domaine de la Santé

CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
UTPAS	Unité territoriale de Prévention et d'Action Sociale
AEMO	Aide Educative en Milieu Ouvert
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RSA	Revenu de Solidarité Active
OR	Odd ratio
SA	Semaines d'Aménorrhées
SCAM	Sortie Contre Avis Médical
SSR	Soins de Suite et de Rééducation
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

# Table des matières

<b>RESUME .....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>2</b>
I. Définitions .....	2
II. Population.....	4
III. Littérature.....	4
IV. Objectifs primaire et secondaires .....	5
<b>MATERIELS ET METHODES.....</b>	<b>6</b>
I. Recueil des données .....	6
A. Participants .....	6
B. Critères d'inclusion .....	6
C. Méthode de recueil .....	7
D. Variables.....	8
E. Plan d'analyses statistiques .....	9
II. Démarches éthiques et légales .....	11
A. Ethique.....	11
B. Information individuelle des patients .....	11
C. Anonymisation .....	13
D. Déclaration de conflits d'intérêt .....	13
<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>14</b>
I. Description de la population .....	14
A. Description générale de la population .....	14
B. Description de la population selon leur environnement psycho-social.....	17
C. Antécédents sociaux .....	20
D. Motifs de prise en charge .....	20
E. Evaluation sociale.....	22
II. Analyse de l'objectif principal .....	23
A. Méthode d'analyse univariée.....	23
B. Méthode d'analyse multivariée .....	27
III. Analyse des objectifs secondaires .....	30
A. Identification des facteurs influençant le type de MS .....	30
B. Description de l'activité socio-pédiatrique au CH de Roubaix (2013-2018).....	34
C. Variables non analysées .....	35
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>36</b>
I. Choix de l'étude.....	36
II. Principaux résultats et données de la littérature .....	36
III. Limites de l'étude.....	39
IV. Perspectives .....	41
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>45</b>
<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>46</b>
<b>ANNEXE : Avis du CESREES .....</b>	<b>48</b>

## RESUME

**Introduction** : Les violences faites aux enfants sont l'objet d'une attention particulière depuis plusieurs années en favorisant une prise en charge pluridisciplinaire. L'objectif principal de notre étude était de rechercher les facteurs de risque de réalisation d'une mesure sociale (MS) (signalement judiciaire SJ ou information préoccupante IP).

**Méthode** : Les enfants de 1 mois à 16 ans admis dans l'une des unités du service de pédiatrie ayant eu une évaluation sociale, entre 2013-2018, au CH de Roubaix, ont été inclus dans l'étude. **Résultats** : 613 enfants ont été inclus. Il n'existait pas de prédominance de sexe. 215 MS ont été réalisées dont 144 (67%) SJ et 71 (33%) IP. Parmi ces 215 enfants, 174 enfants (80.9%) étaient évalués pour suspicion de maltraitance ou de négligence, la majorité étaient admis pour motif social (n=103, 47.9%) et il existait un suivi social préexistant à l'étude pour 106 de ces enfants (49.3%). Les principaux facteurs de risque de MS identifiés étaient l'interpellation du service social par le service de pédiatrie et l'hospitalisation de plusieurs enfants de la fratrie en même temps. La présence d'un suivi social antérieur à l'étude représentait un facteur de risque significatif de MS et préexistait pour 262 enfants de l'échantillon (42.8%). Les enfants vivant avec des parents non mariés ou en concubinage présentaient également un risque augmenté de mise en place de MS. Les enfants d'âge scolaire (5 ans-11 ans) ou les enfants atteints de pathologie chronique avaient un risque majoré de mise en place d'IP. Les parents sans ressource représentaient un facteur de risque de réalisation d'un SJ chez leur(s) enfant(s). **Conclusion** : Cette étude confirme l'importance de la prise en charge sociale en pédiatrie et la nécessité de renforcer les mesures de prévention existantes.

# INTRODUCTION

## I. Définitions

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la maltraitance infantile comme « toutes formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir ». (1)

La maltraitance des enfants est un problème de santé publique majeur, et les chiffres sont souvent sous-estimés. (2)

Les politiques actuelles mettent la protection de l'enfance au cœur de leurs problématiques et lancent des stratégies de prévention à l'échelle nationale. (3) La loi relative à la protection de l'enfance du 14 mars 2016 vient d'être réformée avec la loi « Taquet » du 07 février 2022. Cette loi, relative à la protection des enfants, vise à renforcer la politique de protection maternelle et infantile, et améliorer la protection et le suivi des enfants pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). (4)

Selon l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE), la saisine d'un juge des enfants est en augmentation depuis 2011. En 2016, 92 639 mineurs ont fait l'objet d'une saisine d'un juge des enfants contre 82 849 en 2013. (5)

Le juge des enfants peut être saisi lorsqu'un mineur présente des risques graves pour sa santé physique, mentale, psychologique, matérielle, sa sécurité physique, sa moralité ou son éducation. Dans ces situations nous parlons de signalement judiciaire (SJ). (6)

Le médecin ou tout autre professionnel de santé peut faire un signalement judiciaire en urgence auprès du Procureur de la République qui décide d'un placement en urgence de l'enfant ou non. (7) Par la suite une audience avec le juge des enfants décidera de maintenir le placement de l'enfant pour sa sécurité ou de mettre en place des mesures éducatives. (8)

Lorsqu'il n'existe pas de mise en danger grave pour un mineur mais que la situation laisse craindre un risque pour sa santé, sa sécurité ou sa moralité, le médecin peut réaliser une information préoccupante (IP).

L'information préoccupante est une mesure administrative, transmise à la Cellule départementale de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) pour alerter le président du conseil départemental sur la situation d'un mineur. La CRIP a pour rôle d'étudier toutes les IP et de mettre en route des outils de prévention précoce comme une action médico-sociale, ou une mesure de protection de l'enfance, ou de signaler elle-même au Procureur de la République si la situation relève, après évaluation, du signalement judiciaire. (9) (10)

Dans notre étude nous appellerons « mesures sociales » (MS) ces deux actions : le signalement judiciaire (SJ) et l'information préoccupante (IP). (11)

## **II. Population**

La population roubaisienne est composée d'une grande population infantile. La tranche d'âge des moins de 15 ans y est majoritaire et ce depuis de nombreuses années : les 0-14 ans représentaient 26.1% de la population totale roubaisienne en 2008, 26.6% en 2013 et 26.4% en 2018. (12)

Avec un taux de passage aux urgences pédiatriques de Roubaix de 25 315 enfants en 2013, en constante augmentation (27 955 enfants admis en 2018), les différents professionnels des unités de pédiatrie de cet hôpital sont régulièrement amenés à prendre en charge des enfants en danger ou à risque de l'être.

L'évaluation du risque de maltraitance infantile concerne également les médecins généralistes puisque selon le Département de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) 88% des enfants de moins de 16 ans ont un suivi régulier effectué par le médecin généraliste. (13)

## **III. Littérature**

Il existe actuellement peu d'études sur l'identification des facteurs de risque de maltraitance ou de négligence infantile. L'expérience professionnelle et la littérature actuelle permettent de repérer les enfants en danger. Les facteurs de risque les plus identifiés sont les facteurs démographiques, psychoaffectifs et socioéconomiques. (14) (2) (15) (16) (17)

La sensibilisation et l'information des professionnels de santé sont un atout majeur pour permettre une prise en charge optimale de ces enfants.

Selon une étude récente de l'activité de pédiatrie sociale menée au CHRU de Lille entre 2017 et 2019, l'identification des enfants en danger et leur prise en charge ont augmenté mais restent encore probablement sous-estimées. (18)

L'identification des facteurs de risque de maltraitance aiderait à la réalisation d'outils à destination des professionnels de santé, permettant un renforcement des mesures préventives existantes. (19)

#### **IV. Objectifs primaire et secondaires**

L'objectif primaire de cette étude était d'identifier les facteurs de risque de réalisation d'une MS (SJ ou IP).

Les objectifs secondaires avaient pour but l'identification des facteurs influençant le type de MS réalisée (SJ ou IP), la description et l'évolution de l'activité socio-pédiatrique de l'hôpital de Roubaix.

# MATERIELS ET METHODES

## I. Recueil des données

Cette étude était épidémiologique analytique, rétrospective, monocentrique.

L'étude a été réalisée en 2021, de manière rétrospective sur la période du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 31 décembre 2018.

### A. Participants

Les 4 unités du service de pédiatrie du Centre Hospitalier de Roubaix ont participé à l'étude, à savoir : le service des urgences pédiatriques, les services d'hospitalisation de médecine et de chirurgie pédiatrique et le service de consultations pédiatriques.

Le service social du Centre Hospitalier de Roubaix a également participé à l'étude en mettant à disposition les données socio-pédiatriques nécessaires à l'étude.

### B. Critères d'inclusion

Les enfants inclus étaient tous les enfants âgés de plus d'un mois et de moins de seize ans pris en charge dans l'une des unités pédiatriques ayant bénéficié d'une évaluation socio-pédiatrique au sein de l'hôpital.

Les enfants âgés de moins d'un mois étaient non inclus dans l'étude car pris en charge par le service de néonatalogie. Les adolescents de seize ans ou plus étaient

non inclus dans l'étude car pris en charge par les unités adultes dans ce Centre Hospitalier.

Le listing des patients éligibles était établi grâce au listing du service social de l'hôpital, des enfants ayant eu une évaluation sociale entre 2013 et 2018.

### **C. Méthode de recueil**

Les données utilisées dans l'étude étaient celles recueillies par les équipes du service social intra hospitalier du Centre Hospitalier de Roubaix, au fil des prises en charges réalisées entre 2013 et 2018. Ces données ont été extraites de manière rétrospective pour l'étude et saisies dans un tableur Excel sur un lecteur réseau dédié par Gwendoline Goujon interne de médecine générale. Cette extraction de données ne concernait que les enfants correspondants aux critères d'inclusion de l'étude. La personne réalisant le travail de recherche s'était assurée que toutes les informations nécessaires à l'évaluation des objectifs étaient présentes, et au besoin, avait complété les données manquantes à partir des dossiers médicaux des enfants disponibles dans le service de pédiatrie.

Seules les données strictement nécessaires pour répondre aux objectifs étaient recueillies.

Les patients étaient identifiés via un numéro unique dans l'étude et seul l'investigateur de l'étude détenait la table de correspondance entre ces numéros et l'identité des participants à l'étude. La base de données ainsi constituée était pseudo-anonymisée.

Cette collecte de données était réalisée directement dans le centre d'investigation, l'hôpital de Roubaix, à l'aide du matériel informatique disponible dans ce centre.

La base de données a fait l'objet d'un contrôle de cohérence par le biostatisticien avant l'analyse finale.

## **D. Variables**

Les données recueillies comprenaient :

1. Caractéristiques de la population (âge (en âge) ; tranche d'âge (0 - 5 ans, 5 ans - 11 ans, 11 ans - 16 ans) ; antécédents médicaux (prématurité, pathologie chronique, pas d'antécédent médical ou antécédent non connu).
2. Mode d'interpellation du service social : par le patient ou sa famille ; assistant(e)s social(e)s extérieure à l'hôpital de Roubaix ; unité pédiatrique où était admis l'enfant ; autre.
3. Motif d'admission de l'enfant dans l'une des unités pédiatriques : médical, chirurgical, social ou associé.
4. Unité de prise en charge de l'enfant : service des urgences pédiatriques ; consultation pédiatrique ; service de chirurgie pédiatrique ; service d'hospitalisation médicale pédiatrique.
5. La saisonnalité au moment de l'inclusion dans l'étude : hiver ; printemps ; été ; automne.
6. Critères socio-démographiques : Lieu de vie de l'enfant à l'entrée (chez ses parents ; en foyer ; en famille d'accueil ; errant) ; présence d'une couverture sociale complète, incomplète ou absence ; situation familiale et matrimoniale

des parents ; situations professionnelles des parents ; nombre d'enfant(s) dans la fratrie, place de l'enfant dans la fratrie.

7. Variables sociales : suivi social préexistant à l'étude ; type suivi déjà mis en place ; motif de l'évaluation sociale dans l'étude ; mesure sociale réalisée (signalement judiciaire, information préoccupante ou rien).
8. Lieu de vie de l'enfant à la sortie : chez ses parents ; en foyer ; en famille d'accueil ; fugue ; sortie contre avis médical ; autre structure de soins ; soins de suite et rééducation.

## **E. Plan d'analyses statistiques**

Le risque alpha était défini à 5% pour l'ensemble de l'étude. Les analyses statistiques étaient réalisées avec un logiciel R 4.0.

Au moins 10 patients par variables indépendantes étaient recommandés pour atteindre une puissance statistique satisfaisante dans une régression multivariée. Nous avons analysé dix-neuf variables dans cette étude, 190 patients étaient donc nécessaires. Avec le risque de données manquantes, nous avons estimé nécessaire d'inclure au moins 500 enfants.

Les données qualitatives étaient présentées avec leurs effectifs et pourcentage et les variables quantitatives avec leurs moyennes et déviation standard.

### **1. Analyse statistique de l'objectif primaire**

Pour répondre à l'objectif principal de notre étude qui était « l'identification des facteurs de risque de réalisation de mesures sociales (SJ ou IP) », une analyse

univariée pour chaque variable a été réalisée en comparant les groupes « MS » (SJ ou IP) et « évaluation sociale simple ».

Un test du chi deux était réalisé pour les variables qualitatives, et un test de Student pour les variables quantitatives.

Les facteurs de risque potentiels étaient significatifs si  $p < \text{ou égal à } 0.05$  et définis par une p-value  $< 0,2$  en analyse multivariée si déjà connue comme associé dans la littérature, afin de maintenir ceux à risque de biais de confusion. Ils ont ensuite été analysés dans une régression logistique multivariée et représentés par leurs odds ratio avec leur intervalle de confiance.

En cas de données manquantes inférieures à 20% du nombre total d'inclusion, une imputation était réalisée. En cas de données manquantes supérieures à 20% ou de résultat aberrant malgré l'imputation la variable en question n'était pas analysée afin de ne pas fausser les résultats.

## **2. Analyse statistique des objectifs secondaires**

Pour les objectifs secondaires de notre étude nous avons réalisés la même analyse que pour l'objectif principal en comparant cette fois les groupes « signalement judiciaire » et « information préoccupante ». Nous avons également réalisé une description de l'activité de pédiatrie sociale à l'hôpital de Roubaix entre 2013 et 2018.

## **II. Démarches éthiques et légales**

### **A. Ethique**

Une demande d'évaluation au Comité d'Expertise pour les Recherches, les Études et les Évaluations dans le domaine de la Santé (CESREES) a été soumise. Le comité a rendu un avis favorable avec recommandations en date du 18 mars 2021. Une réponse aux recommandations formulées par le CESREES a été apportée en date du 14 mai 2021.

### **B. Information individuelle des patients**

Le CESREES transmettait notre dossier pour demande d'autorisation à la CNIL le 17 mai 2021.

Compte tenu des caractéristiques de l'étude, bien que le projet soit conforme à la méthodologie de référence MR-004 éditée par la CNIL, il nous semblait délicat de procéder à une information individuelle de chaque famille, le sujet de la thèse étant d'étudier le nombre de mesures sociales. C'est pourquoi, une demande de dérogation à l'information individuelle a été formulée auprès de la CNIL. Le délai réglementaire de deux fois deux mois dont dispose la CNIL pour répondre à notre demande a été dépassé le 16 septembre 2021. Conformément à la réglementation, n'ayant pas eu de retour dans un délai imparti, le silence de la CNIL vaut autorisation (confirmé par le Délégué à la Protection des Données de l'établissement).

Toutes les données étaient issues de la base de données du service social et des dossiers médicaux disponibles au Centre Hospitalier de Roubaix en cas de

données manquantes il n'était pas nécessaire de reprendre contact avec le patient ou les personnes ayant l'autorité parentale de l'enfant.

L'investigation de notre étude était de reprendre les enquêtes sociales menées au sein d'un foyer ou sur un enfant, il y avait une mise en jeu des démarches judiciaires ou administratives et il paraissait délicat de contacter ainsi les familles concernées.

Cette étude étant rétrospective, certains patients avaient été pris en charge il y a plusieurs années dans l'une des unités de pédiatrie de l'hôpital de Roubaix, et n'avaient plus consulté ensuite. Nous n'avions pas souhaité engendrer une anxiété chez les parents, adolescents ou enfants concernés par notre étude.

La population Roubaisienne a la particularité d'être très précarisée et majoritairement issue de population immigrée, la barrière de la langue est un véritable enjeu dans les pratiques quotidiennes de ce centre. Par l'incompréhension de notre étude, une information des familles aurait conduit dans une grande partie des cas à un refus ou l'absence de réponse, ce qui aurait considérablement diminué notre population et donc la puissance de notre étude.

La population incluse dans l'étude étant importante (613 enfants), l'envoi de notes d'information paraissait surdimensionné comparativement à cette étude.

Les patients du Centre Hospitalier de Roubaix bénéficient d'une information globale concernant la réutilisation de leurs données personnelles à des fins de recherche médicale. Cette information est conforme au RGPD et est disponible sur différents supports et dans différentes langues. Sur cette information, les conditions pour exercer leurs droits sont explicitées au patient.

## **C. Anonymisation**

La base de données constituée a été pseudo-anonymisée. La table de correspondance entre l'identité du patient et son numéro de pseudo-anonymisation était stockée sur un fichier distinct et protégé. Cette table de correspondance n'était accessible que par la personne réalisant l'étude. Le numéro d'inclusion était créé en fonction des initiales du patient et de son ordre d'inclusion dans l'étude.

## **D. Déclaration de conflits d'intérêt**

Les auteurs ne déclaraient pas de conflit d'intérêt.

# RÉSULTATS

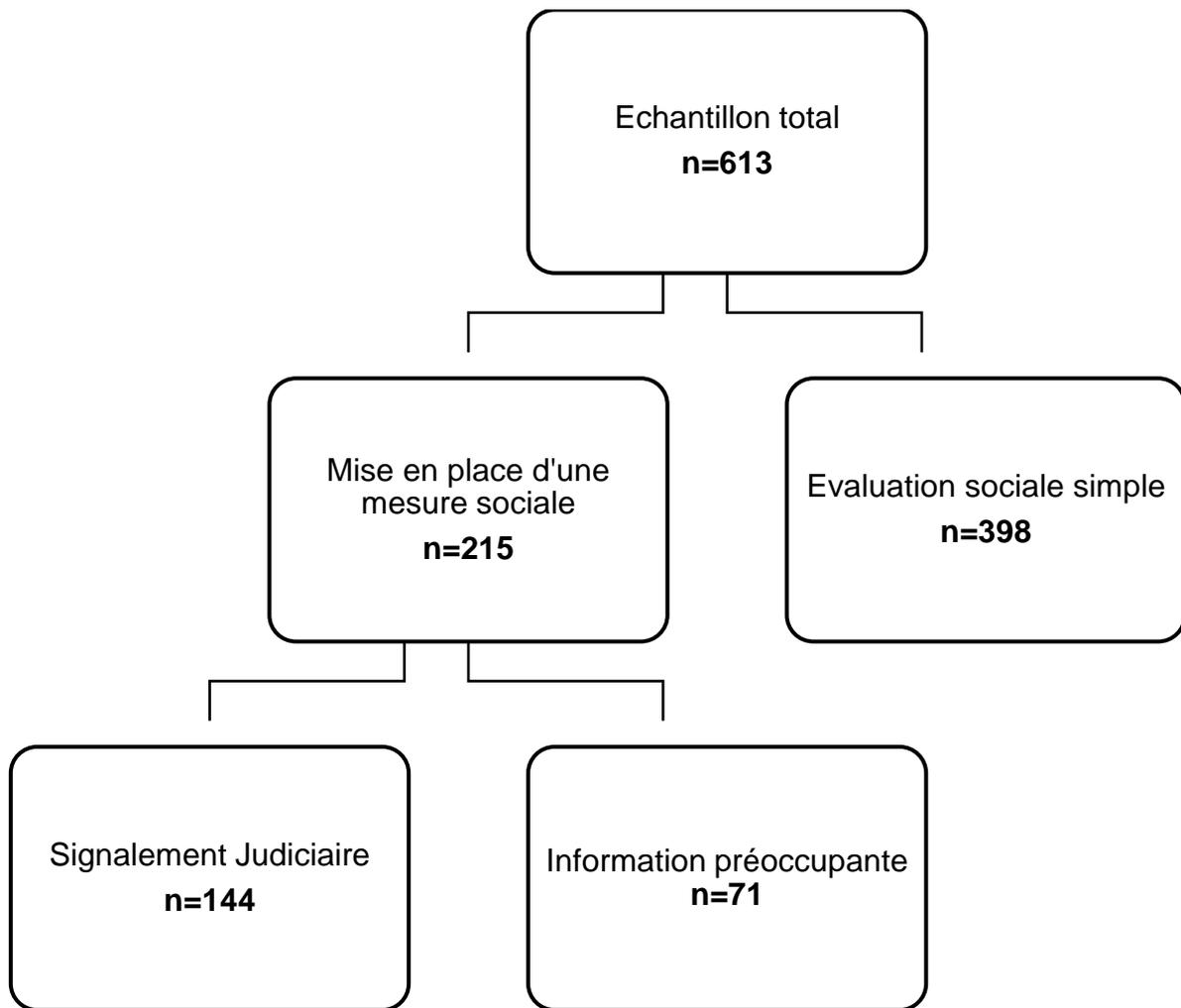
## I. Description de la population

### A. Description générale de la population

Tous les enfants âgés de plus d'un mois et de moins de 16 ans, admis dans l'une des unités pédiatriques de l'hôpital de Roubaix, et ayant eu une évaluation sociale intra hospitalière au cours de leur admission, entre 2013 et 2018 ont été inclus dans l'étude. Au total 613 enfants ont été inclus.

Les enfants âgés de moins d'un mois n'ont pas été inclus dans cette étude car leur prise en charge relevait de la néonatalogie et cette unité ne faisait pas partie de l'étude. De même les adolescents âgés de plus de 16 ans n'ont pas été inclus car leur admission au sein du CH de Roubaix relevait des unités adultes.

Parmi notre échantillon de 613 enfants, 215 enfants ont eu une MS et 398 enfants ont eu une évaluation sociale simple sans MS réalisée.



**Figure 1 : Diagramme de flux de l'échantillon**

Le nombre d'enfants inclus par année au cours de ces six années étudiées (2013-2018) était peu variable, avec un maximum de 122 enfants (19.9%) sur l'année 2016.

Il n'existait pas de prédominance de sexe dans la population étudiée, avec 321 garçons soit 52.4% et 292 filles soit 47.6%.

La plus grande proportion de ces enfants (n=315,51.4%) était d'âge pré scolaire (1 mois-5 ans), et la majorité des MS mise en place concernait cette tranche d'âge (n=75, 52.1% SJ et n=31, 43.7% IP).

Parmi ces 613 enfants, 382 enfants (72.5%) n'avaient pas d'antécédents médicaux, 106 enfants (20.1%) avaient une pathologie chronique, 39 enfants (7.5%) avaient un antécédent de prématurité. Dans 80% des cas, les MS étaient réalisées chez des enfants n'ayant pas d'antécédents médicaux.

La plus grande proportion des enfants étaient admis au Centre Hospitalier sur la période hivernale (n=188, 35%).

**Tableau I : Description générale de la population**

	<b>Tous (n=613)</b>	<b>Aucune MS (n=398)</b>	<b>SJ (n=144)</b>	<b>IP (n=71)</b>
<b>Année (%)</b>				
2013	88 (14.4)	53 (13.3)	20 (13.9)	15 (21.1)
2014	100 (16.3)	66 (16.6)	22 (15.3)	12 (16.9)
2015	102 (16.6)	65 (16.3)	28 (19.4)	9 (12.7)
2016	122 (19.9)	77 (19.3)	29 (20.1)	16 (22.5)
2017	97 (15.8)	65 (16.3)	21 (14.6)	11 (15.5)
2018	104 (17.0)	72 (18.1)	24 (16.7)	8 (11.3)
<b>Sexe (%)</b>				
Garçon	321 (52.4)	211 (53.0)	74 (51.4)	36 (50.7)
Fille	292 (47.6)	187 (47.0)	70 (48.6)	35 (49.3)
<b>Âge (%)</b>				
0-5 ans	315 (51.4)	209 (52.5)	75 (52.1)	31(43.7)
5-11 ans	106 (17.3)	69 (17.3)	20 (13.9)	17 (23.9)
11-16 ans	192 (31.3)	120 (30.2)	49 (34.0)	23 (32.4)
<b>Antécédents médicaux (%)</b>				
Aucun	382 (72.5)	232 (68.0)	101 (80.8)	49 (80.3)
Prématurité sévère (<28SA)	14 (2.7)	9 (2.6)	4 (3.2)	1 (1.6)
Grande (28-31SA+6J)	14 (2.7)	11 (3.2)	3 (2.4)	0 (0.0)
Moyenne (32-36SA+6J)	11 (2.1)	6 (1.8)	3 (2.4)	2 (3.3)
Pathologie chronique	106 (20.1)	83 (24.3)	14 (11.2)	9 (14.8)
<b>Saison (%)</b>				
Automne	86 (16.0)	53 (15.4)	21 (15.8)	12 (20.3)
Hiver	188 (35.0)	127 (36.8)	41 (30.8)	20 (33.9)
Printemps	126 (23.5)	87 (25.2)	28 (21.1)	11 (18.6)
Été	137 (25.5)	78 (22.6)	43 (32.3)	16 (27.1)

## **B. Description de la population selon leur environnement**

### **psycho-social**

Au moment de leur admission à l'hôpital, 532 enfants (86.8%) vivaient chez leur(s) parent(s), 28 enfants (4.6%) vivaient en foyer, 29 enfants (4.7%) vivaient en famille d'accueil et 24 enfants (3.9%) étaient retrouvés errants par les forces de l'ordre

ou une tierce personne. Les MS réalisées concernaient dans la majorité des cas (91%) les enfants vivant chez leurs parents.

Lors de leur inclusion, 306 enfants (50%) avaient des parents en couple.

L'autre moitié des enfants, (n=306, 50%), vivait dans une famille monoparentale dont 35 enfants (5.2%) vivaient avec un parent célibataire, 172 enfants (28.1%) avaient des parents séparés, 84 enfants (13.7%) avaient des parents divorcés et 18 enfants (2.9%) vivaient avec un parent veuf/veuve.

Le recueil de la situation socio-professionnelle montrait des parents exerçant une activité professionnelle pour 165 enfants (28.9%) et des parents sans activité professionnelle (regroupant les parents bénéficiant du RSA ou pension familiale et les parents sans ressource) pour 414 enfants (71.1%)

Il n'était pas mis en évidence de différence entre les statuts socio-professionnels de la mère ou du père.

La couverture sociale par l'assurance maladie était complète pour 467 enfants (76.2%), tandis que 61 enfants (10%) avaient une couverture sociale incomplète et 85 enfants (13.9%) n'étaient pas couverts par l'assurance maladie.

Le nombre d'enfants dans la fratrie des enfants inclus dans l'étude allait d'1 à 4 ou plus, et dans la majorité des cas il s'agissait d'une fratrie de deux. La majorité des enfants inclus dans l'étude était le cadet de leur fratrie (n=144, 38.8%).

Un seul enfant de la fratrie était hospitalisé dans la majorité des cas, (n=510, 83.5%).

**Tableau II : Description de la population selon leur environnement psycho-social**

	<b>Tous (n=613)</b>	<b>Aucune MS (n=398)</b>	<b>SJ (n=144)</b>	<b>IP (n=71)</b>
<b>Lieu de vie (%)</b>				
Parents	532 (86.8)	337 (84.7)	130 (90.3)	65 (91.5)
Foyer	28 (4.6)	24 (6.0)	3 (2.1)	1 (1.4)
Famille d'accueil	29 (4.7)	27 (6.8)	0 (0.0)	2 (2.8)
Errance	24 (3.9)	10 (2.5)	11 (7.6)	3 (4.2)
<b>Couverture sociale (%)</b>				
Complète	467 (76.2)	275 (69.1)	126 (87.5)	66 (93.0)
Insuffisante	61 (10.0)	46 (11.6)	12 (8.3)	3 (4.2)
Absente	85 (13.9)	77 (19.3)	6 (4.2)	2 (2.8)
<b>Situation parentale (%)</b>				
Mariés	243 (39.7)	185 (46.6)	35 (24.3)	23 (32.4)
Célibataires	35 (5.2)	19 (4.8)	10 (6.9)	3 (4.2)
Séparés	172 (28.1)	97 (24.4)	55 (38.2)	20 (28.2)
Divorcés	84 (13.7)	47 (11.8)	22 (15.3)	15 (21.1)
Veuf(ve)	18 (2.9)	9 (2.3)	5 (3.5)	4 (5.6)
Concubinage	63 (10.3)	40 (10.1)	17 (11.8)	6 (8.5)
<b>Profession mère (%)</b>				
Salariée	169 (28.0)	109 (27.6)	31 (21.8)	29 (43.3)
Invalidité	14 (2.3)	10 (2.5)	4 (2.8)	0 (0.0)
Pension familiale/RSA	288 (47.7)	165 (41.8)	89 (62.7)	34 (50.7)
Sans ressource	133 (22.0)	111 (28.1)	18 (12.7)	4 (6.0)
<b>Profession père (%)</b>				
Salarié	160 (29.7)	106 (29.5)	28 (23.1)	26 (44.1)
Invalidité	10 (1.9)	6 (1.7)	4 (3.3)	0 (0.0)
Pension familiale/RSA	248 (46.0)	144 (40.1)	75 (62.0)	29 (49.2)
Sans ressource	121 (22.4)	103 (28.7)	14 (11.6)	4 (6.8)
<b>Nombre d'enfant(s) fratrie (%)</b>				
1	88 (23.6)	68 (29.6)	17 (16.7)	3 (7.3)
2	103 (27.6)	67 (29.1)	24 (23.5)	12 (29.3)
3	86 (23.1)	33 (14.3)	37 (36.3)	16 (39.0)
4 et +	96 (25.7)	62 (27.0)	24 (23.5)	10 (24.4)
<b>Place de l'enfant dans la fratrie (%)</b>				
Unique	88 (23.7)	68 (29.7)	17 (17.0)	3 (7.1)
Ainé	68 (18.3)	43 (18.8)	16 (16.0)	9 (21.4)
Milieu	71 (19.1)	36 (15.7)	23 (23.0)	12 (28.6)
Cadet	144 (38.8)	82 (35.8)	44 (44.0)	18 (42.9)
<b>Fratrie hospitalisée (%)</b>				
Non	510 (83.5)	356 (89.7)	99 (69.2)	55 (77.5)
Oui	101 (16.5)	41 (10.3)	44 (30.8)	16 (22.5)

## C. Antécédents sociaux

La plus grande proportion d'enfants inclus n'avait pas de suivi social antérieur à l'étude (n=341, 55.6%). Un suivi social préexistait à l'étude pour 106 enfants ayant une mise en place de MS et dans la majorité des cas, ces enfants étaient pris en charge par l'UTPAS.

Tableau III : Description de la population selon leurs antécédents sociaux

	Tous (n=613)	Aucune MS (n=398)	SJ (n=144)	IP (n=71)
<b>Suivi social antérieur (%)</b>				
Non	341 (55.6)	234 (58.8)	63 (43.8)	44 (62.0)
AEMO	42 (6.9)	25 (6.3)	15 (10.4)	2 (2.8)
UTPAS	178 (29.0)	101 (25.4)	53 (36.8)	24 (33.8)
PMI	20 (3.3)	12 (3.0)	8 (5.6)	0 (0.0)
ASE	22 (3.6)	18 (4.5)	4 (2.8)	0 (0.0)

## D. Motifs de prise en charge

Les différentes unités de pédiatrie de l'étude comprenaient les urgences pédiatriques, l'hospitalisation médicale pédiatrique, l'hospitalisation chirurgicale pédiatrique et le service de consultations pédiatriques.

Parmi les 613 enfants, 265 enfants (43.2%) étaient admis en hospitalisation médicale, 161 enfants (26.3%) étaient hospitalisés en chirurgie, 126 enfants (20.6%) étaient pris en charge aux urgences et 61 enfants (10%) étaient vus en consultation.

Le motif d'admission était médical pour 247 enfants (40.3%), chirurgical pour 53 enfants (8.6%) et il s'agissait d'un motif social pour 176 enfants (28.7%). La majorité des MS réalisées concernait des enfants admis pour motif social (n=103, 47.9%).

A la sortie de l'hospitalisation, 405 enfants (66.4%) retournaient vivre chez leurs parents. Les 130 enfants vivant chez leurs parents à leur admission et n'y retournant pas ont été accueillis en foyer, en famille d'accueil ou dans une autre structure de soins. On relevait 10 cas (1.6%) de fugue du service.

**Tableau IV : Description de la population selon le motif de prise en charge**

	<b>Tous (n=613)</b>	<b>Aucune MS (n=398)</b>	<b>SJ (n=144)</b>	<b>IP (n=71)</b>
<b>Service d'admission (%)</b>				
Consultation	61 (10.0)	56 (14.1)	4 (2.8)	1 (1.4)
Urgences	126 (20.6)	73 (18.3)	30 (20.8)	23 (32.4)
Chirurgie	161 (26.3)	97 (24.4)	45 (31.2)	19 (26.8)
Médecine	265 (43.2)	172 (43.2)	65 (45.1)	28 (39.4)
<b>Motif d'admission (%)</b>				
Médical	247 (40.3)	206 (51.8)	19 (13.2)	22 (31.0)
Chirurgical	53 (8.6)	43 (10.8)	7 (4.9)	3 (4.2)
Social	176 (28.7)	73 (18.3)	83 (57.6)	20 (28.2)
Associé	137 (22.3)	76 (19.1)	35 (24.3)	26 (36.6)
<b>Mode d'interpellation service social (%)</b>				
Patient/famille	111 (18.1)	95 (23.9)	10 (6.9)	6 (8.5)
Assistante sociale extérieure	211 (34.4)	134 (33.7)	58 (40.3)	19 (26.8)
Service	291 (47.5)	169 (42.5)	76 (52.8)	46 (64.8)
<b>Sortie (%)</b>				
Parents	405 (66.4)	320 (80.4)	24 (16.9)	61 (87.1)
Foyer	83 (13.6)	29 (7.3)	51 (35.9)	3 (4.3)
Famille d'accueil	93 (15.2)	29 (7.3)	61 (43.0)	3 (4.3)
Fugue	10 (1.6)	4 (1.0)	5 (3.5)	1 (1.4)
SCAM	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Structure de soin	17 (2.8)	14 (3.5)	1 (0.7)	2 (2.9)
SSR	2 (0.3)	2 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)

## E. Evaluation sociale

L'évaluation sociale était réalisée pour une suspicion de maltraitance ou de négligence chez 225 enfants (36.7%), une souffrance psychologique de l'enfant ou de sa famille pour 168 enfants (27.4%).

Le tableau V regroupe les divers autres motifs de l'évaluation sociale.

Une MS (SJ ou IP) a été mise en place chez 215 enfants, dont 144 SJ et 71 IP.

Parmi ces 215 enfants, 174 enfants (80.9%) étaient évalués pour suspicion de maltraitance ou de négligence.

**Tableau V : Description de la population selon le motif d'évaluation sociale**

	Tous (n=613)	Aucune MS (n=398)	SJ (n=144)	IP (n=71)
<b>Motif évaluation sociale (%)</b>				
Maltraitance/négligence				
Non	388 (63.3)	347 (87.2)	6 (4.2)	35 (49.3)
Oui	225 (36.7)	51 (12.8)	138 (95.8)	36 (50.7)
Souffrance psychologique				
Non	445 (72.6)	259 (65.1)	140 (97.2)	46 (64.8)
Oui	168 (27.4)	139 (34.9)	4 (2.8)	25 (35.2)
Couverture sociale				
Non	491 (80.1)	281 (70.6)	143 (99.3)	67 (94.4)
Oui	122 (19.9)	117 (29.4)	1 (0.7)	4 (5.6)
Logement				
Non	562 (91.7)	353 (88.7)	144 (100.0)	65 (91.5)
Oui	51 (8.3)	45 (11.3)	0 (0.0)	6 (8.5)
Financier				
Non	606 (98.9)	391 (98.2)	144 (100.0)	71 (100.0)
Oui	7 (1.1)	7 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
Dossier MDPH				
Non	567 (92.5)	354 (88.9)	143 (99.3)	70 (98.6)
Oui	46 (7.5)	44 (11.1)	1 (0.7)	1 (1.4)

## **II. Analyse de l'objectif principal**

L'objectif principal de l'étude était d'identifier les facteurs de risque de réalisation d'un SJ ou d'une IP, et donc d'identifier une corrélation entre certaines variables et la mise en place d'une MS (SJ ou IP). Pour répondre à cet objectif nous avons effectué une analyse par méthode univariée et une analyse par méthode multivariée.

### **A. Méthode d'analyse univariée**

La méthode d'analyse univariée permettait la comparaison de chaque variable à une sous variable de référence dans les deux groupes : MS (SJ ou IP) et absence de MS.

Il n'existait pas de différence significative de sexe ou d'âge entre les deux groupes.

Les antécédents médicaux de l'enfant n'étaient pas des facteurs de risque statistiquement significatifs.

La saisonnalité estivale montrait un résultat statistiquement significatif avec un risque de MS majoré de 1.55 ( $p=0.044$ ) en comparaison à la saison hivernale.

**Tableau VI : Population générale et facteurs de risque de MS**

	OR (univarié)
<b>Sexe (%)</b>	
Garçon	-
Fille	1.08 (0.77-1.50, p=0.661)
<b>Âge (%)</b>	
0-5 ans	-
5-11 ans	1.06 (0.66-1.67, p=0.813)
11-16 ans	1.18 (0.81-1.72, p=0.379)
<b>Antécédents médicaux (%)</b>	
Aucun	-
Prématurité sévère (<28SA)	0.96 (0.32-2.63, p=0.935)
Grande (28-31SA+6J)	0.49 (0.14-1.41, p=0.220)
Moyenne (32-36SA+6J)	1.40 (0.48-3.96, p=0.526)
Pathologie chronique	0.46 (0.28-0.72, p=0.001)
<b>Saison (%)</b>	
Hiver	-
Printemps	0.82 (0.51-1.29, p=0.396)
Eté	1.55 (1.01-2.39, p=0.044)
Automne	1.23 (0.75-2.01, p=0.399)

Les enfants retrouvés errants avaient 2.42 fois ( $p=0.037$ ) plus de risque de mise en place d'une MS que les enfants vivants au domicile parental.

Les parents non mariés représentaient un facteur de risque significatif en comparaison aux parents mariés. Le risque était plus élevé pour les enfants vivant avec un parent seul. (Tableau VII)

Cependant les parents en situation de concubinage représentaient également un facteur de risque significatif avec 1.83 fois ( $p=0.045$ ) plus de risque de réalisation de MS que des parents mariés.

La couverture sociale ainsi que les situations socioprofessionnelles des parents n'apparaissaient pas comme facteurs de risque de MS.

L'hospitalisation de plusieurs enfants de la fratrie représentait un facteur de risque statistiquement significatif avec un risque de mise en place de MS de 3.37 ( $p < 0.001$ ).

**Tableau VII : Environnement psychosocial et facteurs de risque de MS**

	OR (univarié)
<b>Lieu de vie (%)</b>	
Parents	-
Foyer	0.29 (0.08-0.76, $p=0.023$ )
Famille d'accueil	0.13 (0.02-0.43, $p=0.005$ )
Errance	2.42 (1.06-5.71, $p=0.037$ )
<b>Couverture sociale (%)</b>	
Complète	-
Insuffisante	0.47 (0.25-0.84, $p=0.015$ )
Absente	0.15 (0.06-0.30, $p < 0.001$ )
<b>Situation parentale (%)</b>	
Mariés	-
Célibataires	2.18 (1.00-4.66, $p=0.045$ )
Séparés	2.44 (1.61-3.73, $p < 0.001$ )
Divorcés	2.51 (1.49-4.24, $p=0.001$ )
Veuf(ve)	3.19 (1.19-8.54, $p=0.019$ )
Concubinage	1.83 (1.01-3.30, $p=0.045$ )
<b>Profession mère (%)</b>	
Salariée	-
Invalidité	0.59 (0.16-1.76, $p=0.372$ )
Pension familiale/RSA	1.31 (0.89-1.94, $p=0.170$ )
Sans ressource	0.40 (0.23-0.67, $p=0.001$ )
<b>Profession père (%)</b>	
Salarié	-
Invalidité	0.81 (0.21-2.68, $p=0.742$ )
Pension familiale/RSA	1.16 (0.80-1.70, $p=0.432$ )
Sans ressource	0.34 (0.19-0.57, $p < 0.001$ )
<b>Fratrie hospitalisée (%)</b>	
Non	-
Oui	3.37 (2.18-5.26, $p < 0.001$ )

La prise en charge d'un enfant aux urgences pédiatriques majorait le risque de réalisation de MS de 8.13 ( $p < 0.001$ ).

L'admission pour un motif social exclusif augmentait de 7.09 fois ( $p<0.001$ ) le risque de mise en place d'une MS.

La présence d'un suivi social antérieur à l'étude représentait un facteur de risque significatif. Les enfants déjà suivis sur le plan social avaient 1.44 fois ( $p=0.032$ ) plus de risques de MS que les enfants non connus des services sociaux.

**Tableau VIII : Antécédents sociaux, prise en charge et facteurs de risque de MS**

	OR (univarié)
<b>Suivi social antérieur (%)</b>	
Non	-
Oui	1.44 (1.03-2.01, $p=0.032$ )
<b>Service d'admission (%)</b>	
Consultation	-
Urgences	8.13 (3.32-24.52, $p<0.001$ )
Chirurgie	7.39 (3.06-22.06, $p<0.001$ )
Médecine	6.06 (2.57-17.82, $p<0.001$ )
<b>Motif d'admission (%)</b>	
Médical	-
Chirurgical	1.17 (0.52-2.44, $p=0.690$ )
Social	7.09 (4.56-11.21, $p<0.001$ )
Associé	4.03 (2.52-6.53, $p<0.001$ )

Les enfants évalués par le service social pour suspicion de maltraitance ou de négligence avaient 28.88 fois ( $p<0.001$ ) plus de risque de mise en place d'une MS que les enfants évalués pour les autres motifs. (Tableau IX)

**Tableau IX : Motif d'évaluation sociale et facteurs de risque de MS**

	OR (univarié)
--	---------------

<b>Mode d'interpellation service social (%)</b>		
Patient/famille		-
Assistante sociale extérieure		3.41 (1.92-6.39, p<0.001)
Service		4.29 (2.46-7.89, p<0.001)
<b>Motif évaluation sociale (%)</b>		
Maltraitance/négligence	Non	-
	Oui	28.88 (18.62-45.82, p<0.001)
Souffrance psychologique	Non	-
	Oui	0.29 (0.18-0.45, p<0.001)
Couverture sociale	Non	-
	Oui	0.06 (0.02-0.13, p<0.001)
Logement	Non	-
	Oui	0.23 (0.08-0.50, p=0.001)
Financier	Non	-
	Oui	0.00 (NA)*
Dossier MDPH	Non	-
	Oui	0.08 (0.01-0.25, p<0.001)

\*NA : Non analysé

## **B. Méthode d'analyse multivariée**

En analyse multivariée nous avons comparé toutes les variables et sous variables entre elles pour répondre à l'objectif principal.

En analyse multivariée, nous avons pu identifier deux facteurs de risque significatifs : l'interpellation du service social par le service d'admission augmentant le risque de mise en place d'une MS de 2.75 (p=0.035) et l'hospitalisation de plusieurs enfants de la fratrie augmentant le risque de MS de 2.79 (p=0.013).

**Tableau X : Facteurs de risque de MS en analyse multivariée**

	OR (multivarié)
<b>Âge (%)</b>	
0-5 ans	-
5-11 ans	-
11-16 ans	-
<b>Antécédents médicaux (%)</b>	
Aucun	-
Prématurité sévère (<28SA)	1.31 (0.31-5.21, p=0.709)
Grande (28-31SA+6J)	0.27 (0.05-1.21, p=0.099)
Moyenne (32-36SA+6J)	4.06 (0.77-20.27, p=0.092)
Pathologie chronique	1.26 (0.58-2.75, p=0.553)
<b>Mode d'interpellation service social (%)</b>	
Patient/famille	-
<b>Assistante sociale extérieure</b>	<b>1.97 (0.76-5.38, p=0.171)</b>
Service	2.75 (1.11-7.27, p=0.035)
<b>Fratrie hospitalisée (%)</b>	
Non	-
<b>Oui</b>	<b>2.79 (1.26-6.40, p=0.013)</b>

Le tableau XI répertorie les autres variables analysées, qui ne montraient pas de résultats significatifs en analyse multivariée.

**Tableau XI : Résultats non significatifs en analyse multivariée**

	OR (multivarié)		OR (multivarié)
<b>Saison (%)</b>		<b>Service admission (%)</b>	
Hiver	-	Consultation	-
Printemps	0.79 (0.37-1.63, p=0.522)	Urgences	1.84 (0.53-7.22, p=0.356)
Eté	1.56 (0.77-3.18, p=0.215)	Chirurgie	1.59 (0.48-6.04, p=0.470)
Automne	1.17 (0.54-2.52, p=0.686)	Médecine	1.90 (0.61-6.92, p=0.292)
<b>Lieu de vie (%)</b>		<b>Suivi social antérieur (%)</b>	
Parents	-	Non	-
Foyer	0.18 (0.04-0.63, p=0.011)	Oui	0.86 (0.48-1.55, p=0.619)
Famille d'accueil	0.14 (0.02-0.64, p=0.025)		
Errance	1.24 (0.35-4.68, p=0.741)	<b>Motif d'admission (%)</b>	
<b>Couverture sociale (%)</b>		Médical	-
Complète	-	Chirurgical	0.31 (0.10-0.93, p=0.039)
Insuffisante	0.89 (0.26-3.23, p=0.851)	Social	2.11 (0.97-4.60, p=0.058)
Absente	0.72 (0.16-3.33, p=0.673)	Associé	1.73 (0.81-3.68, p=0.153)
<b>Situation parentale (%)</b>		<b>Motif évaluation sociale (%)</b>	
Mariés	-	Maltraitance/négligence	
Célibataires	1.13 (0.28-4.54, p=0.862)	Non	-
Séparés	1.10 (0.56-2.16, p=0.772)	Oui	6.30 (0.21-104.72, p=0.218)
Divorcés	1.43 (0.61-3.35, p=0.416)	Souffrance psychologique	
Veuf(ve)	1.93 (0.15-24.41, p=0.624)	Non	-
Concubinage	1.63 (0.63-4.18, p=0.305)	Oui	0.35 (0.01-5.57, p=0.478)
<b>Profession mère (%)</b>		Couverture sociale	
Salariée	-	Non	-
Invalidité	0.93 (0.05-13.97, p=0.962)	Oui	0.14 (0.00-2.72, p=0.226)
Pension familiale/RSA	1.31 (0.10-19.60, p=0.844)	Logement	
Sans emploi	0.46 (0.03-8.78, p=0.602)	Non	-
<b>Profession père (%)</b>		Oui	0.18 (0.01-3.31, p=0.278)
Salarié	-	Dossier MDPH	
Invalidité	0.28 (0.02-6.17, p=0.410)	Non	-
		Oui	0.13 (0.00-2.94, p=0.224)

### **III. Analyse des objectifs secondaires**

#### **A. Identification des facteurs influençant le type de MS**

L'analyse a été réalisée en univariée et en multivariée. Les variables ayant un résultat significatif avec un OR supérieur à 1 étaient des facteurs de risque de mise en place d'une IP, et celles ayant un OR inférieur à 1 étaient des facteurs de risque de SJ.

##### **1. Facteurs de risque de réalisation d'une IP**

En analyse multivariée, les enfants ayant un antécédent de pathologie chronique avaient un risque significatif de mise en place d'une IP de 2.29 ( $p=0.026$ ).

L'analyse univariée de l'âge des enfants montrait un résultat significatif sur les enfants d'âge scolaire : les enfants âgés de 5 ans – 11 ans avaient 1.72 fois ( $p=0.018$ ) plus de risque d'avoir une IP que les enfants âgés de 0-5 ans. (Tableau XII)

Les enfants ayant des parents divorcés, séparés ou en concubinage avaient un facteur de risque significatif de réalisation d'une IP.

L'absence de couverture sociale augmentait le risque d'IP de 7.15 fois ( $p=0.001$ ). (Tableau XIII)

L'évaluation sociale pour une souffrance psychologique de l'enfant ou de sa famille augmentait le risque de mise en place d'une IP de 7.88 ( $p<0.001$ ).

La répartition des différentes unités de pédiatrie ainsi que les motifs de prise en charge est détaillée dans le tableau XIV.

## 2. Facteurs de risque de réalisation d'un SJ

La prématurité moyenne (32-36 SA + 6j) apparaissait comme facteur de risque significatif de mise en place d'un SJ en analyse multivariée (p=0.043). (Tableau XII).

Les enfants vivant en foyer ou ayant une couverture sociale insuffisante avaient significativement plus de risque de mise en place de SJ que d'IP.

Les enfants ayant des parents sans emploi (pension d'invalidité, pension familiale, RSA ou sans ressource) avaient plus de risque de mise en route d'un SJ. (Les résultats sont présentés dans le tableau XIII).

En analyse univariée l'existence d'un suivi social antérieur à l'étude présentait un facteur de risque significatif de mise en place de SJ (p=0.001).

Le motif d'admission de l'enfant, s'il était social ou associé, était un facteur statistiquement significatif de mise en place de SJ de même que l'évaluation par le service social pour suspicion de maltraitance ou de négligence. (Tableau XIV).

**Tableau XII : Population générale et facteurs de risque de SJ ou d'IP**

	OR (univarié)	OR (multivarié)
<b>Sexe (%)</b>		
Garçon	-	-
Fille	0.98 (0.71-1.34, p=0.890)	-
<b>Âge (%)</b>		
0-5 ans	-	-
5-11 ans	1.72 (1.10-2.70, p=0.018)	-
11-16 ans	1.00 (0.69-1.43, p=0.981)	-
<b>Antécédents médicaux (%)</b>		
Aucun	-	-
Prématurité sévère (<28SA)	1.27 (0.49-3.39, p=0.618)	0.39 (0.10-1.58, p=0.178)
Grande (28-31SA+6J)	0.91 (0.33-2.41, p=0.841)	0.60 (0.14-2.87, p=0.509)
Moyenne (32-36SA+6J)	0.34 (0.09-0.99, p=0.065)	0.17 (0.03-0.82, p=0.043)
Pathologie chronique	1.05 (0.70-1.57, p=0.803)	2.29 (1.11-4.82, p=0.026)

OR > 1 : Facteurs de risque d'IP

OR < 1 : Facteurs de risque de SJ

**Tableau XIII : Facteurs de risque d'IP ou de SJ selon les données médico-psycho-sociales**

	OR (univarié)	OR (multivarié)
<b>Saison (%)</b>		
Hiver	-	-
Printemps	1.02 (0.67-1.56, p=0.923)	1.28 (0.65-2.54, p=0.479)
Eté	0.84 (0.55-1.26, p=0.391)	1.12 (0.56-2.22, p=0.752)
Automne	1.64 (1.01-2.70, p=0.048)	3.02 (1.41-6.61, p=0.005)
<b>Lieu de vie (%)</b>		
Parents	-	-
Foyer	0.35 (0.14-0.80, p=0.018)	0.02 (0.00-0.10, p<0.001)
Famille d'accueil	29.29 (6.19-524.15, p=0.001)	1058.09 (11.07-2.3E+06, p=0.084) *
Errance	0.43 (0.16-1.02, p=0.066)	0.28 (0.05-1.18, p=0.097)
<b>Couverture sociale (%)</b>		
Complète	-	-
Insuffisante	0.22 (0.11-0.41, p<0.001)	0.38 (0.13-1.05, p=0.067)
Absente	0.91 (0.57-1.45, p=0.696)	7.15 (2.19-24.14, p=0.001)
<b>Situation parentale (%)</b>		
Mariés	-	-
Célibataires	0.62 (0.27-1.33, p=0.232)	0.27 (0.06-1.07, p=0.078)
Séparés	1.31 (0.89-1.94, p=0.173)	2.40 (1.23-4.78, p=0.011)
Divorcés	2.58 (1.55-4.36, p<0.001)	5.59 (2.37-13.67, p<0.001)
Veuf(ve)	1.36 (0.51-3.60, p=0.530)	0.96 (0.06-9.80, p=0.978)
Concubinage	2.36 (1.34-4.24, p=0.003)	3.67 (1.47-9.52, p=0.006)
<b>Profession mère (%)</b>		
Salariée	-	-
Invalidité	0.06 (0.00-0.31, p=0.007)	0.04 (0.00-0.77, p=0.047)
Pension familiale/RSA	0.90 (0.61-1.31, p=0.569)	141.11 (3.74-8572, p=0.010)
Sans emploi	0.65 (0.41-1.02, p=0.063)	14.16 (0.90-197, p=0.049)
<b>Profession père (%)</b>		
Salarié	-	-
Invalidité	0.06 (0.00-0.30, p=0.007)	0.00 (0.00-0.002, p<0.001)
Pension familiale/RSA	0.86 (0.59-1.25, p=0.424)	0.001 (0.00-0.25, p=0.009)
Sans emploi	0.63 (0.40-0.99, p=0.047)	0.02 (0.00-0.36, p=0.006)

\* : résultat aberrant secondaire au manque de puissance de l'objectif II

OR > 1 : Facteurs de risque d'IP

OR < 1 : Facteurs de risque de SJ

**Tableau XIV : Facteurs de risque d'IP ou de SJ selon les motifs de prise en charge et d'évaluation sociale**

	OR (univarié)	OR (multivarié)
<b>Fratrerie hospitalisée (%)</b>		
Non	-	-
Oui	1.14 (0.83-1.57, p=0.417)	0.52 (0.28-0.95, p=0.034)
<b>Suivi social antérieur (%)</b>		
Non	-	-
Oui	0.53 (0.37-0.78, p=0.001)	0.62 (0.31-1.24, p=0.176)
<b>Service d'admission (%)</b>		
Consultation	-	-
Urgences	6.80 (3.28-15.32, p<0.001)	54.69 (13.97-248.04, p<0.001)
Chirurgie	6.00 (2.95-13.28, p<0.001)	34.77 (9.27-149.63, p<0.001)
Médecine	5.14 (2.60-11.13, p<0.001)	11.48 (3.49-43.01, p<0.001)
<b>Motif d'admission (%)</b>		
Médical	-	-
Chirurgical	1.03 (0.57-1.89, p=0.922)	0.46 (0.17-1.25, p=0.129)
Social	0.38 (0.25-0.56, p<0.001)	0.05 (0.02-0.12, p<0.001)
Associé	1.01 (0.67-1.55, p=0.950)	0.24 (0.11-0.53, p<0.001)
<b>Mode d'interpellation service social (%)</b>		
Patient/famille	-	-
Assistante sociale extérieure	1.57 (0.98-2.53, p=0.062)	1.54 (0.70-3.39, p=0.283)
Service	2.26 (1.45-3.57, p<0.001)	3.25 (1.50-7.19, p=0.003)
<b>Motif évaluation sociale (%)</b>		
Maltraitance/négligence		
Non	-	-
Oui	0.31 (0.22-0.44, p<0.001)	0.15 (0.01-2.37, p=0.188)
Souffrance psychologique		
Non	-	-
Oui	7.88 (5.14-12.42, p<0.001)	7.93 (0.47-132.17, p=0.147)
Couverture sociale		
Non	-	-
Oui	0.53 (0.35-0.80, p=0.002)	0.05 (0.00-0.79, p=0.037)
Logement		
Non	-	-
Oui	2.96 (1.60-5.78, p=0.001)	4.09 (0.23-66.94, p=0.330)
Financier		
Non	-	-
Oui	2.60 (0.56-18.26, p=0.255)	1.32 (0.05-38.59, p=0.872)
Dossier MDPH		
Non	-	-
Oui	0.23 (0.10-0.46, p<0.001)	0.06 (0.00-1.07, p=0.061)

OR > 1 : Facteurs de risque d'IP

OR < 1 : Facteurs de risque de SJ

## **B. Description de l'activité socio-pédiatrique au CH de Roubaix (2013-2018)**

Au cours des six années étudiées dans notre étude, 613 enfants ont bénéficié d'une évaluation sociale pour divers motifs, allant de la suspicion de maltraitance à une mise en place de couverture sociale ou une demande de dossier MDPH. Parmi ces 613 enfants, 215 mesures sociales ont été réalisées, représentant 35% des évaluations sociales réalisées. L'activité sociale pédiatrique représentait 0.5% de l'activité du service sur la période étudiée.

Le nombre d'évaluation sociale ou de réalisation de mesure sociale sur ces six années était resté stable sur la période. (Figure 2)

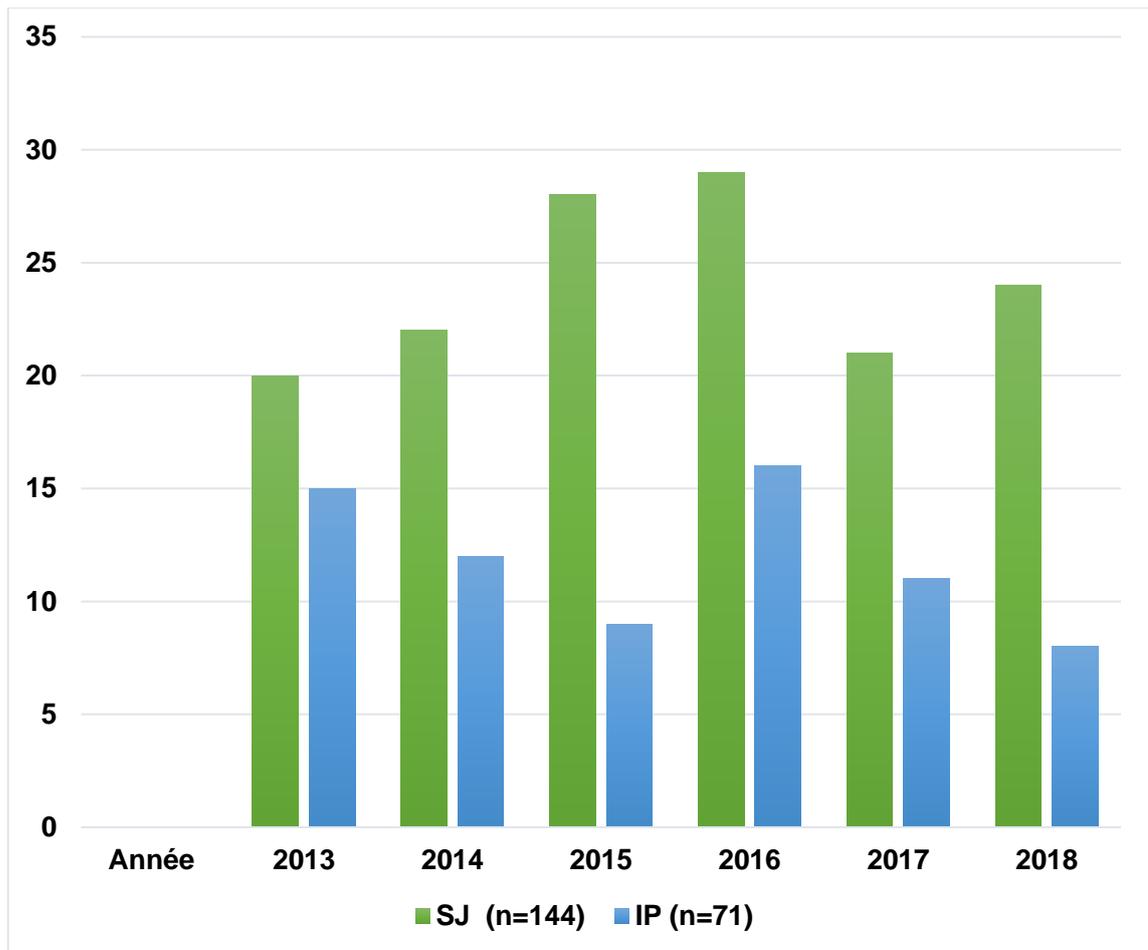


Figure 2 : Nombre de SJ et d'IP par année au CH de Roubaix entre 2013 et 2018.

### C. Variables non analysées

Au cours de notre analyse statistique, les variables « années », « nombre d'enfants dans la fratrie », « place de l'enfant dans la fratrie », et « lieu de vie à la sortie », n'ont pas été analysés car malgré une imputation des données, le nombre de données manquantes étant trop important (supérieur à 20%), les résultats statistiques en analyses univariée et multivariée étaient aberrants et risquaient de fausser les résultats significatifs de cette étude.

## **DISCUSSION**

### **I. Choix de l'étude**

L'hôpital de Roubaix prend en charge chaque année un certain nombre d'enfants en situation de maltraitance ou à risque de l'être. Il s'agit d'une première étude sur l'activité socio-pédiatrique dans ce centre.

L'évaluation sociale des familles et des enfants fait partie intégrante de la prise en charge globale au sein des différentes unités pédiatriques de ce Centre Hospitalier. La vigilance des professionnels de santé et le renforcement des politiques publiques actuelles sur la protection de l'enfance donnent du sens à la réalisation de cette étude. Cette étude traite d'un problème de santé publique. L'identification des facteurs de risque de maltraitance, de négligence ou de souffrance psychologique infantile s'adresse à tous les professionnels actifs dans la prise en charge d'un enfant.

### **II. Principaux résultats et données de la littérature**

Notre échantillon étudié était sensiblement identique à celui décrit par une étude réalisée au CHRU de Nancy entre 2014 et 2015 (16) : 50% des enfants avaient des parents vivant en couple, il n'existait pas de prédominance de sexe, le nombre d'enfant moyen par fratrie était de 2, et dans la majorité des cas le motif d'hospitalisation était médico-psycho-social.

Une évaluation de l'activité socio-pédiatrique au CHRU de Lille entre 2017 et 2019 (18) incluait 245 enfants ayant nécessités une évaluation sociale aux urgences pédiatriques, soit 0.6% du total des consultations, 50 de ces enfants étaient domiciliés sur la métropole de Roubaix-Tourcoing et 46% des enfants évalués étaient déjà connus des services sociaux. Dans leur étude 41 enfants (19%) étaient admis pour maltraitance physique et 26 enfants justifiaient la réalisation d'une MS (11 SJ et 15 IP). Le recours à un avis auprès de l'assistante sociale du service était réalisé pour 78 enfants (32%).

Dans notre étude 613 enfants ont été inclus et 225 ont été évalués par l'équipe sociale pour une suspicion de maltraitance et de négligence. L'interpellation du service social intra hospitalier était réalisée par le service d'admission de l'enfant dans la majorité des cas (n=291 enfants, 47.5%). Une MS a été mise en place chez 215 enfants (144 SJ et 71 IP) et il existait un suivi social préexistant à l'étude pour 106 de ces enfants (49.3%). Le travail socio-pédiatrique réalisé au sein du service de pédiatrie de Roubaix représentait 0.5% de l'activité totale. Nous avons également identifié un risque significativement augmenté de mise en place de MS lors de l'admission d'un enfant aux urgences pédiatriques. L'étude de pédiatrie sociale réalisée au CHRU de Lille (18) ne concernait que le service des urgences pédiatriques, la comparaison de ce résultat est donc plus difficile.

L'étude réalisée par Patoor Isis au CHU de Nancy (16) s'intéressait aux facteurs de risques de maltraitance en période néonatale et mettait en évidence comme facteurs de risque significatifs : des parents vivant en couple d'âge jeune et majoritairement sans emploi, un antécédent d'addiction aux drogues ou psychiatrique

chez l'un des parents, la concomitance de violences conjugales, et une augmentation du risque pour les familles nombreuses. Elle montrait également que l'éloignement géographique ou le déracinement social était un facteur de risque significatif de maltraitance.

Une étude australienne réalisée par Doidge et al. en 2017 (20) montrait que les populations à risque de précarité économique et sociale étaient plus à risque de maltraitance infantile ou de négligence.

Dans notre étude 268 enfants (44%) avaient des parents vivant de pensions familiales ou du RSA et 127 enfants (21%) avaient des parents sans ressources. Les données de notre échantillon sont supérieures aux données de la population générale. Selon les données de l'INSEE (12), en 2018 dans la population Roubaisienne 31.1% des 15-64 ans étaient au chômage, contre 16.4% de chômeurs sur les Hauts de France ou 13.4% sur le territoire Français total. L'INSEE décrivait également qu'en 2018 la population Roubaisienne était composée à 22.1% d'une population immigrée. On peut considérer que la population Roubaisienne est une population à risque.

La vie en famille monoparentale ou avec des parents en concubinage représentait un facteur de risque de MS dans notre étude. Cependant le statut « concubinage » des parents ne nous permettait pas de savoir s'il s'agissait de parents biologiques non mariés ou de famille recomposée. Nous n'avions pas eu l'accès à ces informations compte tenu du caractère rétrospectif de l'étude.

Certains facteurs connus de la littérature, précédemment cités, n'ont pas pu être analysés dans notre étude. Un certain nombre de données concernant les parents n'a

pas pu être recueillis en raison de la méthodologie rétrospective de cette étude. Ainsi les antécédents personnels, médicaux, psychiatriques ou addictologiques des parents, ainsi que leur niveau d'étude ou leur âge au moment de l'inclusion, n'ont pas été identifiés et étudiés malgré la connaissance de l'importance de ces facteurs décrits dans la littérature actuelle.

L'activité socio-pédiatrique du service de pédiatrie du CH de Roubaix est restée stable sur la période de l'étude avec une centaine d'évaluations sociales par an et la réalisation de 36 mesures sociales par année en moyenne. Ces données sont probablement sous-estimées du fait de la réalisation rétrospective de l'étude.

### **III. Limites de l'étude**

#### **A. Biais de sélection**

##### **1. Étude monocentrique à l'hôpital de Roubaix.**

La réalisation de cette étude de manière monocentrique sur le centre hospitalier de Roubaix a engendré un biais de sélection à notre travail. Certaines variables socio-démographiques recueillies dans notre étude étaient représentatives du bassin de population roubaisien mais ne sont pas représentatives de l'ensemble de la population. Comme déjà décrit plus haut, le taux de chômage de la population active Roubaisienne y est bien supérieur (31.1%) par rapport au taux de chômage national français (13.4%) (12).

## **2. Données manquantes**

La réalisation de cette étude rétrospective a engendré de nombreuses données manquantes. Certaines variables n'ont pas pu être analysées en méthode statistique (nombre d'enfants dans la fratrie, place de l'enfant dans la fratrie, lieu de vie à la sortie) car l'existence d'un nombre trop important de données manquantes risquait de fausser les résultats.

Un des objectifs secondaires de notre étude ne concernait que les enfants ayant eu une mesure sociale (SJ + IP), soit 215 enfants. Nous avons calculé un nombre de sujets nécessaire au début de notre étude. Pour l'analyse de cet objectif secondaire, l'inclusion de seulement 215 enfants entraînait un biais de sélection important et les résultats obtenus manquaient de puissance statistique.

## **B. Biais de recueil des informations**

La méthode rétrospective de notre étude n'a pas permis le recueil et l'analyse de variables déjà connues de la littérature (antécédents psychosociaux, psychologiques, ou personnels des parents).

Une nouvelle étude réalisée de manière prospective et multicentrique permettrait d'obtenir une meilleure puissance statistique.

## IV. Perspectives

Les situations de maltraitance infantile restent trop nombreuses et la principale difficulté réside dans la reconnaissance et la détection de ces situations à risque. Les chiffres de maltraitance reflètent souvent les cas les plus sévères et sous-estiment la réalité. Il existe une difficulté diagnostique des situations de maltraitance ou de négligence infantile.

La motivation de cette étude était également d'étendre la diffusion de ce travail aux différents professionnels de santé impliqués dans le suivi et la prise en charge des enfants, notamment les médecins généralistes.

Comme déjà énoncé, selon le DREES 88% des moins de 16 ans effectuent leur suivi régulier par leur médecin généraliste. (13) Le médecin traitant a une bonne connaissance de l'environnement psycho familial de l'enfant et le plus souvent prend en charge toute la fratrie et la famille. Il est un acteur essentiel dans la prévention du risque de maltraitance infantile. Cependant, selon un article publié en 2002 par l'ordre national des médecins, seulement 2% des médecins généralistes signalent des cas de maltraitance. (21)

Une étude réalisée auprès de médecins généralistes installés dans le Nord-Pas-de-Calais par Prévost-Vanpouille en 2019 (22) montrait que le principal frein des médecins généralistes à la transmission d'une IP était la peur d'une dénonciation abusive et était directement liée à un manque de connaissance des procédures. Les médecins généralistes interrogés dans cette étude disaient s'orienter vers la PMI en cas de doute et non vers la CRIP, méconnaissant les structures de premiers recours

pour ces situations. Prévost-Vampouille a réalisé, dans les suites de son travail, une plaquette informative électronique avec les différents intervenants de la protection de l'enfance et leurs coordonnées, à destination des médecins généralistes ayant participé à son étude.

Selon une étude Canadienne de 2014 (15), l'identification des situations de maltraitance/négligence est souvent sous-estimée du fait de l'absence de recueil national standardisé. Cette étude proposait la réalisation d'un auto-questionnaire fiable, simple et rapide en 6 questions adressé aux adolescents pour leur permettre de dénoncer une situation de maltraitance. Ce questionnaire garantirait la confidentialité afin de ne pas repousser certains enfants craignant des représailles. Le but de cette proposition est également de proposer un soutien, un suivi et des interlocuteurs pour aider à leur prise en charge face à ces situations de danger. La réalisation de ce type d'évaluation sur tout un territoire à l'échelle nationale, rendrait compte de chiffre plus proche de la réalité. Ce type d'auto-questionnaire reste cependant limité chez les enfants de moins de 12 ans.

Saïas et al. en 2019 (19) ont réalisé une étude sur les thématiques de prévention abordées par les infirmières de PMI françaises auprès de familles accueillant un nouvel enfant. D'après cette étude, l'aisance des puéricultrices pour aborder les sujets plus intimes (couple, famille, dépression, toxiques, alcool, violence) reste limitée, par manque de temps ou de compétences. Cette étude montre également que les puéricultrices plus expérimentées ont moins de difficultés pour aborder ces thématiques plus complexes avec les futurs parents. Le renforcement de la formation

professionnelle est un outil majeur pour améliorer les mesures de prévention en protection infantile.

Les situations d'enfants en danger ou à risque de l'être restent encore trop importantes et le service de pédiatrie du CH de Roubaix met tout en œuvre pour améliorer leur dépistage et leur prise en charge. La création d'une Unité d'Accueil Pédiatrique Enfant en Danger (UAPED) sur le Centre Hospitalier de Roubaix est en cours. L'UAPED serait composée de professionnels de santé médicaux et paramédicaux formés pour la prise en charge de ces enfants. Ce travail s'inscrit dans la création de ce projet avec pour but d'apporter des outils de prise en charge et de prévention.

La région Hauts-de-France est très mobilisée dans la lutte contre la maltraitance infantile. Le secrétaire d'État Adrien Taquet est récemment intervenu au CHRU de Lille. Des cartes labellisées et des vidéos d'information sur la maltraitance infantile et sur le syndrome du bébé secoué ont été réalisées. (23). Celles-ci sont à destination du grand public dans le cadre d'une campagne de prévention « stop bébé secoué ».

L'évaluation socio-pédiatrique réalisée entre 2017 et 2019 par Neggia (18) au CHRU de Lille, proposait la réalisation de « fiches techniques type » à destination des professionnels, pour chaque type de situation de maltraitance, dans le but d'améliorer la prise en charge hospitalière de ces enfants lors de leur admission aux urgences. La réalisation de ce type de fiches techniques au sein du CH de Roubaix en collaboration avec le CHRU pourrait permettre une harmonisation des prises en charge des enfants en danger sur la métropole lilloise.



## CONCLUSION

Ce travail a confirmé l'importance de la prise en charge sociale au sein du service de pédiatrie au CH de Roubaix. Le bassin de population Roubaisien reste précarisé et nécessite une prise en charge globale. Les chiffres de maltraitance et de mise en place de mesures sociales sont encore trop importants et malgré tout probablement sous-estimés. Cette étude confirme l'intérêt de renforcer les mesures de prévention et d'information hospitalières et extra hospitalières existantes auprès des professionnels de santé.

## Références bibliographiques

1. Maltraitance des enfants [Internet]. [cité 16 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
2. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 3 janv 2009;373(9657):68-81.
3. Présentation de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 16 févr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/presentation-de-la-strategie-nationale-de-prevention-et-de-protection-de-l>
4. LOI n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants (1). 2022-140 févr 7, 2022.
5. Les chiffres clés en protection de l'enfance | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet]. [cité 16 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.onpe.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance>
6. Que peut faire un juge des enfants pour protéger un mineur en danger ? [Internet]. [cité 21 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17777>
7. graph10-a5-large.png (900x1159) [Internet]. [cité 21 févr 2022]. Disponible sur: <https://declicviolence.fr/storage/9/conversions/graph10-a5-large.png>
8. Le signalement et l'information préoccupante : Alerter et protéger | Déclic Violence [Internet]. [cité 21 févr 2022]. Disponible sur: <https://declicviolence.fr/p/le-signalement-et-linformation-preoccupante-alerter-et-protger>
9. La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation [Internet]. *cvm-mineurs.org*. [cité 16 févr 2022]. Disponible sur: <https://cvm-mineurs.org/public/media/uploaded/pdf/guide-pratique-crip.pdf>
10. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Protection de l'enfance [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2022 [cité 16 févr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/>
11. Kahn-Bensaude I. Signalement et information préoccupante [Internet]. [cité 21 févr 2022]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/ev840e/signalement\\_et\\_information\\_preoccupante.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/ev840e/signalement_et_information_preoccupante.pdf)
12. Dossier complet – Commune de Roubaix (59512) | Insee [Internet]. [cité 16 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-59512>
13. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 21 févr 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-s>

sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-prise-en-charge-des-enfants-en-medecine-generale-une-0

14. Thornberry TP, Matsuda M, Greenman SJ, Augustyn MB, Henry KL, Smith CA, et al. Adolescent risk factors for child maltreatment. *Child Abuse Negl.* avr 2014;38(4):706-22.
15. Afifi TO. Child maltreatment in Canada: an understudied public health problem. *Can J Public Health.* déc 2011;102(6):459-61.
16. Patoor I. Présence de facteurs de risque de maltraitance en période périnatale dans une cohorte d'enfants pris en charge par l'Unité Maltraitance du CHRU de Nancy en 2014 et 2015 [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2017 [cité 16 févr 2022]. p. Non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932417>
17. Stith SM, Liu T, Davies LC, Boykin EL, Alder MC, Harris JM, et al. Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior.* 1 janv 2009;14(1):13-29.
18. Neggia G. Evaluation de l'activité de pédiatrie sociale aux urgences pédiatriques du CHU de Lille entre 2017 et 2019 [Internet]. [cité 16 févr 2022]. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2019/2019LILUM223.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2019/2019LILUM223.pdf)
19. Saïas T, Kargakos S, Poissant J, Eury C. Intervenir sur les facteurs de risque de maltraitance infantile : quelle aisance chez les professionnels français de prévention précoce ? *Recherche en soins infirmiers.* 5 nov 2019;138(3):43-52.
20. Doidge JC, Higgins DJ, Delfabbro P, Segal L. Risk factors for child maltreatment in an Australian population-based birth cohort. *Child Abuse Negl.* févr 2017;64:47-60.
21. La maltraitance : du phénomène de société au drame de santé publique [Internet]. [cité 21 févr 2022]. Disponible sur: <https://conseil53.ordre.medecin.fr/sites/default/files/domain-160/34325/maltraitance.pdf>
22. Prévost-Vanpouille E. Enfance en danger : comment faciliter la transmission de l'information préoccupante par les médecins généralistes ? [Internet]. [cité 21 févr 2022]. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2019/2019LILUM348.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2019/2019LILUM348.pdf)
23. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stop bébé secoué | Spot de campagne (version sous-titrée) [Internet]. 2022 [cité 6 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=vN6St7PVfUs>

# ANNEXE : Avis du CESREES

DocuSign Envelope ID: 0318947D-B1C4-426D-9654-09D0515B71B7



## MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

Comité Éthique et Scientifique pour les Recherches, les Études et les Évaluations dans le domaine de la Santé (CESREES)

### Avis du Comité en date du 18 mars 2021

Numéro de dossier : 3608128

Titre du projet : SocioPed

Responsable de Traitement : CH de Roubaix

	OUI	NON
L'étude est conforme à l'éthique	X	
L'étude présente un intérêt scientifique et/ou social	X	
L'étude présente un caractère d'intérêt public	X	

Avis favorable

Avis réservé

Avis favorable avec recommandations

Avis défavorable

#### **Observations du Comité :**

Le protocole de recherche soumis a pour objectif d'identifier les facteurs prédictifs des réalisations d'un signalement judiciaire (SJ) ou d'une information préoccupante (IP) chez des enfants ayant eu une évaluation par les services sociaux. L'étude est une étude rétrospective multicentrique (service de pédiatrie et service social du CH de Roubaix). Son intérêt réside dans le fait que c'est une première approche pour passer d'une détection par les soignants basée sur leur expérience professionnelle à des facteurs prédictifs significatifs. L'idée sous-jacente est de permettre de renforcer le travail de prévention en pédiatrie sociale et de documenter l'évolution de la réalisation de l'évaluation sociale sur 5 années.

L'intérêt de l'étude est clairement présenté mais celle-ci pourrait être améliorée en tenant compte des recommandations suivantes:

- Les porteurs du projet indiquent qu'il n'y a pas de littérature scientifique portant directement sur le score qu'ils se proposent de construire; il semble peu probable qu'il n'y ait pas de littérature scientifique sur la question de la détection des facteurs de risques impliquant des mesures de protection de l'enfance. Il faudrait replacer l'étude dans le cadre de la littérature existante, ce qui permettrait par ailleurs d'en appuyer les avancées attendues.
- Une étude connexe intéressante pourrait être l'identification des critères entraînant une évaluation par les services sociaux. Elle n'est probablement pas automatique. Il serait intéressant de documenter ce point afin d'être sûr de bien pouvoir identifier les enfants en situation de risque. La première étape semble au moins aussi importante que la seconde en termes de protection de l'enfance et pour la mise en place de stratégie de prévention à l'échelle nationale.
- Le choix des variables n'est pas clairement étayé. Sont-elles choisies parce qu'elles sont disponibles dans les dossiers des patients ou parce qu'elles sont connues pour être des facteurs d'alerte ? Le risque de biais de variables omises ou la difficulté d'identification des effets due aux facteurs d'hétérogénéité non observés sont importants pour le type de score proposé. Cela nécessite une discussion sur les variables pertinentes pouvant s'appuyer sur l'expérience des équipes mais aussi sur la littérature existante.
- Dans le protocole, la partie sur le nombre de sujets nécessaires doit être étayée. Il est indiqué que pour avoir une puissance statistique correcte et des résultats tangibles, le nombre de sujet nécessaire est de 260 et que les porteurs du projet vont en échantillonner 500 mais les hypothèses faites et les calculs effectués pour obtenir ces valeurs sont indiqués de façon très succincte. Il faut préciser le protocole.
- Il n'est pas forcément évident, de manière rétrospective, de comparer d'une part les enfants objets d'une évaluation sociale simple avec ceux pour lesquels SJ ou IP ont été réalisés, et d'autre part les enfants avec IP à ceux avec SJ.
- Il faudrait également une population d'enfants pour lesquels les services se sont interrogés, sans qu'une quelconque mesure d'accompagnement ait été décidée
- Existe-t-il un groupe distinct d'enfants avec une mesure d'AEMO ?

Le projet n'appelle pas d'observations quant à son caractère d'intérêt public ni sur sa conformité à l'éthique.

*Dans le cas où l'avis est réservé, le responsable de traitement ou, par délégation, le responsable scientifique est invité, dans les meilleurs délais, à signifier au Health Data Hub s'il souhaite procéder à une modification de son dossier pour un nouvel examen par le CESREES ou s'il demande que le Health Data Hub dépose en l'état son étude auprès de la CNIL pour autorisation.*

*Si la première option est retenue, un nouveau délai d'examen suivra la réception par le CESREES, du dossier modifié.*

*L'ensemble des modifications apportées devront être obligatoirement apparentes.*

Pour le CESREES, le Président  
Bernard Nordlinger

Le 18 mars 2021

DocuSigned by:  
*Bernard Nordlinger*  
2DACCE28E904424...

**AUTEURE : Nom : Goujon**

**Prénom : Gwendoline**

**Date de soutenance : 19 mai 2022**

**Titre de la thèse : Pédiatrie sociale : description de l'activité dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier de Roubaix entre 2013 et 2018**

**Thèse - Médecine - Lille 2022**

**Cadre de classement : Médecine générale**

**DES + FST/option : Médecine générale**

**Mots-clés : pédiatrie sociale, maltraitance, signalement, information préoccupante**

**Résumé : Introduction :** Les violences faites aux enfants sont l'objet d'une attention particulière depuis plusieurs années en favorisant une prise en charge pluridisciplinaire. L'objectif principal de notre étude était de rechercher les facteurs de risque de réalisation d'une mesure sociale (MS) (Signalement judiciaire SJ ou information préoccupante IP).

**Méthode :** Les enfants de 1 mois à 16 ans admis dans l'une des unités du service de pédiatrie ayant eu une évaluation sociale, entre 2013-2018, au CH de Roubaix, ont été inclus dans l'étude. **Résultats :** 613 enfants ont été inclus. Il n'existait pas de prédominance de sexe. 215 MS ont été réalisées dont 144 (67%) SJ et 71 (33%) IP. Parmi ces 215 enfants, 174 enfants (80.9%) étaient évalués pour suspicion de maltraitance ou de négligence, la majorité étaient admis pour motif social (n=103, 47.9%) et il existait un suivi social préexistant à l'étude pour 106 de ces enfants (49.3%). Les principaux facteurs de risque de MS identifiés étaient l'interpellation du service social par le service de pédiatrie et l'hospitalisation de plusieurs enfants de la fratrie en même temps. La présence d'un suivi social antérieur à l'étude représentait un facteur de risque significatif de MS et préexistait pour 262 enfants de l'échantillon (42.8%). Les enfants vivant avec des parents non mariés ou en concubinage présentaient également un risque augmenté de mise en place de MS. Les enfants d'âge scolaire (5ans-11ans) ou les enfants atteints de pathologie chronique avaient un risque majoré de mise en place d'IP. Les parents sans ressource représentaient un facteur de risque de réalisation d'un SJ chez leur(s) enfant(s). **Conclusion :** Cette étude confirme l'importance de la prise en charge sociale en pédiatrie et la nécessité de renforcer les mesures de prévention existantes.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur François DUBOS**

**Assesseurs : Monsieur le Docteur Guillaume POUESSEL  
Madame le Docteur Judith OLLIVON**

**Directeur de thèse : Madame le Docteur Capucine TROCHU**