

Synthèse
Appel d'offre ouvert 2016
Observatoire Nationale de la Protection de l'Enfance

Proposition d'une méthode d'exploitation d'une base de données nationale, le PMSI, pour estimer la fréquence, le taux de mortalité hospitalière et repérer les situations à risques des maltraitances physiques à enfants de 0 à 5 ans, en France.

Dr Séverine GILARD-PIOC, médecin légiste, CHU de Dijon Bourgogne

Unité de recherche EA 4184 Centre d'épidémiologie de Population et de santé publique de Bourgogne.

severine.gilard-pioc@chu-dijon.fr

Responsable scientifique : Pr QUANTIN Catherine

CHU de Dijon Bourgogne - Service de Biostatistiques et d'Information Médicale - BP 77908
21079 Dijon CEDEX, France

Tel. (33) 3 80 29 34 65, Fax (33) 3 80 29 39 73

catherine.quantin@chu-dijon.fr

Introduction :

La maltraitance à enfant doit être considéré comme un problème majeur de santé publique. Les conséquences de ces maltraitances sont multiples à court et à long terme. Malheureusement, comme le précise le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants (2017-2019), les données actuelles sont insuffisantes et les rares données existantes témoignent d'une sous-estimation des chiffres disponibles. Pour lutter efficacement contre ces violences et mobiliser l'ensemble de la société, il semble urgent de pouvoir au préalable, les rendre visibles. D'un point de vue épidémiologique, il existe en réalité une double problématique : celle de chiffrer les cas où les enfants ont été diagnostiqués comme maltraités en France et celle d'estimer la part des enfants qui ne sont pas diagnostiqués.

Parmi toutes les maltraitances à enfant, la maltraitance physique est l'une des seules à avoir des conséquences lésionnelles et fonctionnelles directes et visibles, constituant un critère diagnostic objectif.

De par les traumatismes physiques occasionnés, un enfant maltraité est bien souvent vu au moins une fois, dans son parcours, par un service d'urgences pédiatriques, voire hospitalisé. L'hôpital devrait donc jouer un rôle pivot 1) dans le repérage des ces enfants, 2) dans le recueil de données de ces cas de maltraitances.

Tous les hôpitaux génèrent un résumé de séjour pour chaque séjour hospitalier de chaque patient. Ces informations sont enregistrées dans le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information français (PMSI), une base de données médico-administratives, exhaustive et nationale. Cette transcription informatisée fournit une quantité très importante d'informations épidémiologiques sur les patients hospitalisés en France, permettant de créer des cohortes suffisamment grandes pour détecter des évènements, même rares.

Les séjours sont codés selon la 10^{ième} révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10). Certains codes sont déjà dédiés aux agressions physiques volontaires et d'autres sont dédiés à tous types de lésions traumatiques. Les séjours hospitaliers pour maltraitance physique pourront donc être codés de deux façons : soit codés avec les codes dédiés aux agressions physiques volontaires, soit codés par les lésions traumatiques que l'enfant présente, sans que l'origine, accidentelle ou intentionnelle, ne soit précisée.

Objectifs

L'objectif principal de notre étude est d'estimer la fréquence nationale des cas de maltraitements physiques chez les enfants, par l'utilisation de la base nationale de données hospitalières, le PMSI.

Nos objectifs secondaires sont de déterminer leur taux de létalité hospitalière ainsi que les spécificités de leurs séjours hospitaliers en termes de durée, de nombre, de taux de ré-hospitalisation et de saisonnalité, en les comparant aux séjours hospitaliers des autres enfants du même âge, hospitalisés sur la même période.

Matériel et méthode

Au préalable, une importante recherche bibliographique a été réalisée pour identifier les lésions physiques les plus spécifiques et/ou le plus souvent observées dans le cadre de maltraitance à enfant.

Ainsi, il est apparu que les lésions les plus spécifiques s'identifient chez les enfants en bas âge, notamment du fait de leur capacité motrice limitée, rendant plus aisé, le repérage de situation où l'enfant n'est pas en mesure de se blesser seul. Cette étude a donc été menée chez les enfants âgés de 0 à 5 ans.

Par la suite, l'ensemble des codes de la CIM-10 à usage PMSI ont été considérés. Nous avons sélectionné d'une part l'ensemble des codes décrivant des situations de maltraitance physique ; puis d'autre part, l'ensemble des codes correspondant aux lésions traumatiques les plus spécifiques de maltraitements physiques, repérées par notre recherche bibliographique. Certaines de ces lésions traumatiques avait une spécificité en fonction de leur nombre, de leur répétition dans le temps ou de l'âge de l'enfant. Ainsi, nous avons dû créer un algorithme permettant de prendre en considération ces paramètres.

Ont été inclus l'ensemble des enfants âgés de 0 à 5 ans, hospitalisés en France entre 2007 et 2014. Trois groupes exclusifs d'enfants ont été définis. Le groupe 1 est constitué d'enfants que nous avons considérés comme maltraités : ayant eu au moins une hospitalisation sur cette période, avec un code dédié aux maltraitements physiques. Le groupe 2 est constitué d'enfants considérés comme potentiellement maltraités physiquement, mais non codés comme tel au sein du PMSI : il s'agit des enfants ayant eu au moins une hospitalisation avec des codes considérés par notre algorithme ; c'est-à-dire des codes de lésions suspectes de maltraitance, respectant les conditions prédéfinies de nombre, de répétitions et l'âge de l'enfant. Enfin, le groupe 3 est le groupe témoin : il s'agit de tous les enfants du même âge hospitalisés sur la même période.

Les différents séjours d'un même enfant sur la période 2007-2014 ont été repérés grâce à son numéro anonyme, permettant ainsi un suivi. Seuls les séjours pour maltraitance ont été repérés dans le groupe 1 et les séjours pour suspicion de maltraitance pour le groupe 2. Ont été recueillies des données épidémiologiques (âge, sexe, statut vital de l'enfant) et des données liées aux séjours de l'enfant (saisonnalité, durée, délai entre les 2 premiers séjours).

Ainsi l'incidence annuelle hospitalière et celle nationale ont été estimées à l'aide de bornes. Une borne inférieure correspondant aux cas d'enfants maltraités (groupe 1) et une borne supérieure en tenant compte des cas de suspicion de maltraitance (enfants des groupes 1 + 2). Le taux de létalité hospitalière a été calculé pour chacun des 3 groupes. Des analyses en sous-groupes ont été réalisées pour les enfants âgés de 0 à 2 ans, puis de 0 à 1 an. Pour ces deux dernières analyses, les enfants de moins de 1 mois ont été exclus afin d'exclure tous les diagnostics qui pourraient être en lien avec la période néonatale.

Résultats

Initialement, 4 002 359 enfants âgés de 0 à 5 ans ont été inclus dans l'étude : 5 390 appartenaient au groupe 1 et 17 086 au groupe 2. Le nombre de nouveau cas par an était à peu près constant avec environ 650 pour le groupe 1 et 2 100 pour le groupe 2. L'âge médian au premier séjour était plus jeune chez les enfants maltraités : 0 an pour les enfants du groupe 1, contre 1 an pour les enfants des groupes 2 et 3. Les durées médianes des séjours pour maltraitance étaient 4 fois plus longues que les autres séjours : 4 jours (Q1Q3 : 1-11) pour les enfants du groupe 1 ; 2 jours (0-4) pour les enfants du groupe 2 et 1 (0-2) jour pour les enfants du groupe 3. Les durées médianes des séjours pour maltraitance étaient plus longues pour les enfants plus jeunes : Pour le groupe 1, les durées médianes étaient de 5 jours (2-13) pour les enfants âgés de 0 à 2 ans contre 7 jours (2-16) pour les enfants âgés de 0 à 1 an. Pour le groupe 2, les durées médianes étaient de 2 jours (1-8) pour les enfants âgés de 0 à 2 ans et de 2 jours (1-7) pour les enfants âgés de 0 à 1 an.

Le délai moyen entre les 2 premiers séjours pour maltraitance était 10 fois plus court qu'entre 2 hospitalisations « classiques » : ce délai était de 36 jours entre 2 hospitalisations pour maltraitance, de 26 jours entre 2 hospitalisations pour suspicions de maltraitance, contre 340 jours entre 2 hospitalisations dites « classiques ». Le taux de létalité était 10 fois plus élevé dans le cadre de séjour pour maltraitance : il était de 2,3 % pour les enfants du groupe 1, de 1,5 % pour les enfants du groupe 2, contre 0,2 % pour les autres enfants. Plus l'enfant maltraité était jeune, plus le taux de létalité était élevé : Pour les enfants du groupe 1, le taux

de létalité était de 2,5 % chez les 0-2 ans et de 3,01 % chez les 0-1 an. Pour le groupe 2, le taux de létalité était de 1,8 % chez les 0-2 ans et de 2,02 % chez les 0-1 an. La plupart des décès hospitaliers sont survenus au cours de la première hospitalisation (entre 99,0 % et 99,6 % des décès) et la totalité avant la fin de la première année de suivi des enfants des groupes 1 et 2. L'incidence annuelle hospitalière moyenne était comprise entre 1,3 ‰ (enfant du groupe 1) et 5,6 ‰ (enfant des groupes 1 et 2). L'incidence annuelle nationale moyenne était comprise entre 0,14 ‰ et 0,58 ‰.

Discussion

C'est, à notre connaissance, la première étude française qui utilise des données nationales administratives du PMSI dans le but d'estimer la fréquence des enfants maltraités physiquement hospitalisés et leur taux de létalité intra-hospitalière. Grâce au chaînage des différents séjours hospitaliers de chaque enfant, nous avons pu identifier l'ensemble des hospitalisations d'un même enfant sur tout le territoire français. Nous avons estimé qu'il y avait 4 fois plus de cas suspects de maltraitance que de cas déclarés. Ainsi, potentiellement, trois enfants sur quatre ne sont pas 1) soient codés comme tels dans le PMSI, ou bien 2) non diagnostiqués.

L'âge médian des enfants hospitalisés pour la première fois pour maltraitance physique était plus jeune qu'au cours d'une première hospitalisation classique. De plus, le taux de létalité était beaucoup plus important pour les enfants maltraités et suspect de l'être et ce dès la première hospitalisation. Les enfants maltraités les plus jeunes ont des taux de létalité les plus élevés. Cela peut témoigner, non seulement de la précocité des violences, mais également de leur gravité.

Les durées médianes d'hospitalisation pour lésions suspectes de maltraitance et pour maltraitance avérée sont respectivement entre 2 et 4 fois plus longue que des hospitalisations « classiques ». Plus l'enfant maltraité est jeune, plus ses séjours hospitaliers sont longs. Plusieurs explications sont possibles : 1) les lésions traumatiques intentionnelles sont plus graves, nécessitant une prise en charge médicale plus longue ; 2) ces enfants sont hospitalisés plus longtemps : leur situation nécessite une évaluation approfondie : la réalisation d'un bilan complet pour dépister d'autres traumatismes récents ou anciens, une réunion de concertation entre les différents professionnels intervenant auprès de l'enfant et le signalement de l'enfant. Il faut savoir également qu'après le signalement, l'enfant peut être maintenu hospitalisé, en attendant qu'une décision soit prise par le parquet. Enfin, il est important de souligner que

près de 10 % des enfants de notre groupe 1 (enfants maltraités) ont été ré-hospitalisés pour maltraitance, soit, jusqu'à 8 fois au cours de leurs 2 premières années de suivi. Il semble donc indispensable de s'interroger pour chacun de leur parcours social et judiciaire d'une part, et médical d'autre part. Quel suivi socio-judiciaire et médical ont-ils eu ? Quelles informations sont transmises par l'hôpital aux médecins généralistes ou aux pédiatres libéraux, qui peuvent assurer le suivi des enfants après leur première hospitalisation ?

Actuellement le PMSI nous permet de repérer uniquement les enfants hospitalisés. Le codage des passages aux urgences (prévu prochainement), mais également le codage des consultations hospitalières externes de pédiatrie, des Unités Médico-Judiciaires (UMJ), des cellules d'accueils des enfants maltraités (CASEM, CASED,...) et des Instituts Médico-Légaux (IML), pourraient permettre d'améliorer l'exhaustivité du repérage des cas dans cette base de données.

Chaque budget hospitalier alloué dépend de l'activité médicale codée dans le PMSI. Cependant, les codes relatifs à la maltraitance n'impactent pas le budget et pourraient donc ne pas être correctement reportés. Ainsi une partie des enfants de notre groupe 2 (cas suspects) ont peut-être été diagnostiqués par les médecins mais pas codés comme tel au sein du PMSI. Il semblerait donc utile de rappeler aux médecins hospitaliers, via une campagne d'information, de l'importance de coder ces situations de maltraitements physiques avec les codes qui leur sont dédiés au sein du PMSI, afin d'être le plus exhaustif possible dans notre repérage. Pour rappel, le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019, prévoit dans le premier objectif de son 3^{ème} axe, de mettre en place, dans tous les hôpitaux, un médecin référent sur les violences faites aux enfants. Ce référent devrait être nommé sur la base du volontariat avant la fin d'année 2017. Dans le cadre de ses missions, il pourrait être chargé d'organiser des réunions pluridisciplinaires pour valider et prendre les mesures nécessaires en cas de maltraitance d'enfant. Il pourrait ainsi encourager et veiller au codage de ces situations dans le PMSI.

Enfin, l'ajout de certains codes au sein du PMSI pourrait permettre d'apporter des précisions sur le type de maltraitance physique. Il serait alors intéressant de pouvoir coder le « syndrome du bébé secoué » et le « syndrome de Sylverman ».