



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, NANCY 1
2003

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
N° 142

Double
168561



THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

23 OCT. 2003

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine spécialisée

par

Anne-Flore BRUNI

le 21 octobre 2003

LA FONCTION SOCIALE DE L'HÔPITAL PÉDIATRIQUE

Étude prospective de 239 enfants au C.H.U. de Nancy
de juin à septembre 2001

Examineurs de la thèse :

Mr. M. VIDAILHET
Mme. C. VIDAILHET
Mr. P. MONIN
M. J. CUZZI

Professeur
Professeur
Professeur
Docteur en Médecine

Président
Juge
Juge
Directeur

23 OCT. 2003

Université Henri Poincaré, NANCY 1
2003

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
N°

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE



Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine spécialisée

par

Anne-Flore BRUNI

le 21 octobre 2003

LA FONCTION SOCIALE DE L'HÔPITAL PÉDIATRIQUE

Étude prospective de 239 enfants au C.H.U. de Nancy
de juin à septembre 2001

Examineurs de la thèse :

Mr. M. VIDAILHET

Mme.C. VIDAILHET

Mr. P. MONIN

M. J. CUZZI

Professeur

Professeur

Professeur

Docteur en Médecine

Président

Juge

Juge

Directeur

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY I

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Asseseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Jacques ROLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT
Pierre LAMY – Jean-Maric GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT
Philippe CANTON – Henri HEPNER – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU
Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT – Michel WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT - Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (*Biologie cellulaire*)

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIEWSKI

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale*)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JÜILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Gérard FIEVE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Francis PENIN – Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication (type biologique))

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT
Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT – Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT
Professeur Philippe CANTON – Professeur Henri HEPNER – Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Gilbert THIBAUT

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIENSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

A notre Maître et Président de thèse,

Monsieur le Professeur M. VIDAILHET

*Professeur de Pédiatrie
Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques*

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse et nous vous en remercions.

Nous tenons à vous exprimer notre gratitude pour la qualité et la richesse de votre enseignement.

Nous avons pu également apprécier la bienveillance de vos conseils et la disponibilité dont vous avez su faire preuve tout au long de ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

A notre Maître et juge,

Madame le Professeur C. VIDAILHET
Professeur de Pédopsychiatrie

Vous nous faites l'honneur de vous intéresser à notre travail et d'accepter de le juger.

Malgré notre intérêt pour votre discipline, nous n'avons pu bénéficier de votre enseignement et de votre dynamisme.

Que cette étude soit pour nous l'occasion de vous exprimer notre admiration et notre respect.

A notre Maître et juge,

Monsieur le Professeur P. MONIN
Professeur de Pédiatrie

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger notre travail.

Nous avons pu apprécier tout au long de notre internat, votre enseignement et votre soutien éclairé.

Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre respect.

A notre Maître et directeur de thèse,

Monsieur le Docteur J. CUZZI
Pédiatre

Vous nous avez fait l'honneur de nous guider pour la réalisation de cette étude et nous vous en remercions.

Nous avons appris à apprécier vos qualités humaines et la rigueur de vos conseils et de votre enseignement.

Que ce travail soit l'expression de notre gratitude et de notre amitié respectueuse.

***Au Docteur E. BARBOTTE,
Médecin de santé publique***

*Pour votre aide, votre disponibilité et vos compétences dans l'exploitation
et l'analyse informatique des données de cette étude.
Soyez ici chaleureusement remercié.*

***A tout le personnel soignant et les secrétaires,
des services où nous avons travaillé.***

*Nous tenons à remercier ici plus particulièrement, ceux du secteur de
l'étude, dont la contribution assidue au recueil des données a permis ce travail.*

A tous ceux qui nous ont enseigné.

A ma famille, grande et petite,

*Eugénie, Madeleine, Gabriel et Pierre, mes grands parents,
pour la beauté de mes souvenirs et le respect de leurs expériences.*

*Catherine et Marie-Eve, mes sœurs,
pour l'enfance partagée et la complicité.*

*Daniel, mí hombre que quiero,
pour son amour si grand et si fort.*

*Raphaël et Guilhem, nos enfants
Pour leur confiance, leur insouciance, leur sagesse.*

***Enfin je dédie ce travail à Liliane et Roger, mes parents.
Sans leur soutien et leur présence, il aurait pu ne pas aboutir.***

A mes Amis,

Stéphanie, Nathalie et Laure, de toujours et pour toujours.

Bénédicte, Thierry et Virginie, carabins montpelliérains.

Agnès, Emmanuel, Sandrine et Geneviève, internes nancéiens.

Et à tous les autres copains dont, par chance, j'ai croisé le chemin.

A tous les enfants.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	p. 17
INTRODUCTION	p. 18
1^{ÈRE} PARTIE : UN PEU DE LITTÉRATURE...	p. 19
<u>1.LA POPULATION GÉNÉRALE</u>	p. 20
1.1 EN RÉGION LORRAINE	p. 20
1.2 AU NIVEAU NATIONAL	p. 23
<u>2.LES ÉTUDES DES ENFANTS HOSPITALISÉS EN FRANCE</u>	p. 26
<u>3.L'ÉTUDE DES ENFANTS HOSPITALISÉS À NANCY EN 1973</u>	p. 29
2^{ÈME} PARTIE : POPULATION ET MÉTHODE	p. 31
<u>1.POPULATION</u>	p. 32
1.1 CADRE DE L'ÉTUDE	p. 32
1.2 LES PATIENTS	p. 33
<u>2. MÉTHODOLOGIE</u>	p. 34
2.1 LE RECUEIL DES DONNÉES	p. 34
2.2 LE QUESTIONNAIRE	p. 34
2.3 L'EXPLOITATION INFORMATIQUE	p. 36
3^{ÈME} PARTIE : LES RÉSULTATS	p. 37
<u>1.CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION TOTALE</u>	p. 38
1.1 L'ENFANT	p. 38
1.1.1 L'âge	
1.1.2 Le sexe	
1.1.3 La nationalité	
1.1.4 Les antécédents	
1.1.4.1 Néonataux	
1.1.4.2 Hospitalisations antérieures	
1.1.4.3 Pathologie chronique	

1.1.5 Le suivi médical	
1.1.6 Le statut vaccinal	
1.1.7 Les antécédents de placement	
1.2 LE CONTEXTE FAMILIAL ET SOCIAL	p. 43
1.2.1 La fratrie	
1.2.2 Les parents	
1.2.2.1 Le lieu de naissance	
1.2.2.2 La profession	
1.2.2.3 L'âge	
1.2.2.4 Le statut conjugal	
1.2.3 L'habitat	
1.2.3 Le mode de garde	
1.2.5 La prise en charge sociale	
1.2.5.1 La couverture maladie	
1.2.5.2 Les aides et minima sociaux	
1.2.5.3 Les intervenants sociaux	
1.3 L'HOSPITALISATION	p. 52
1.3.1 Mode d'admission et durée d'hospitalisation	
1.3.2 Motifs d'hospitalisation et diagnostics principaux	
1.3.3 Place des hospitalisations « sociales »	
1.4 L'ÉVALUATION DU TRAVAIL PSYCHOSOCIAL	p. 58
<u>2. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DES HOSPITALISATIONS</u>	
<u>« SOCIALES »</u>	p. 59
2.1 L'ÂGE, LE SEXE ET LA NATIONALITÉ	p. 59
2.2 LES ANTÉCÉDENTS NÉONATAUX ET D'HOSPITALISATION	p. 59
2.3 LE SUIVI MÉDICAL ET LE STATUT VACCINAL	p. 60
2.4 LA FRATRIE ET LES ANTÉCÉDENTS DE PLACEMENT	p. 60
2.5 LES PARENTS	p. 60
2.6 LE CONTEXTE SOCIAL	p. 61
2.7 LA PRISE EN CHARGE SOCIALE	p. 61
2.8 L'HOSPITALISATION	p. 62
4^{ÈME} PARTIE : DISCUSSION	p. 63
<u>1. LES LIMITES DE L'ÉTUDE</u>	p. 64
1.1 LA PÉRIODE DE RECUEIL	p. 64
1.2 LA POPULATION	p. 64
1.3 LES DONNÉES DU QUESTIONNAIRE	p. 64
1.4 LE RECUEIL	p. 65
1.5 LA MÉTHODOLOGIE	p. 65
<u>2. LES PARTICULARITÉS DES ENFANTS HOSPITALISÉS ET DE LEURS FAMILLES</u>	p. 66
2.1 PAR RAPPORT À LA POPULATION DU DÉPARTEMENT ET DE LA RÉGION	p. 66
2.2. PAR RAPPORT À LA POPULATION PÉDIATRIQUE EN FRANCE	p. 68
2.3. PAR RAPPORT AUX RÉSULTATS D'AUTRES ÉTUDES	p. 70

<u>3. L'ÉVOLUTION DES RÉSULTATS DEPUIS 1973</u>	p. 72
3.1 SUR LE PLAN MÉDICAL	p. 74
3.2 SUR LE PLAN FAMILIAL ET SOCIAL	p. 76
3.3 SUR LE PLAN DE L'HOSPITALISATION	p. 79
3.4 SUR LE PLAN DES HOSPITALISATIONS SOCIALES	p. 80
<u>4. LES HOSPITALISATIONS SOCIALES : UNE POPULATION SPÉCIFIQUE</u>	p. 82
<u>5. LE TRAVAIL PSYCHOSOCIAL À L'HÔPITAL</u>	p. 91
CONCLUSION	p. 93
BIBLIOGRAPHIE	p. 94
ANNEXES	p. 102
<u>Annexe 1</u> : La Meurthe-et-Moselle.	p. 103
<u>Annexe 2</u> : Le questionnaire.	p. 104
<u>Annexe 3</u> : La liste des catégories socioprofessionnelles.	p. 107
<u>Annexe 4</u> : La répartition des hospitalisations antérieures de la population principale.	p. 108
<u>Annexe 5</u> : L'hospitalisation néonatale en dehors de toute prématurité, facteur d'hospitalisations multiples.	p. 109
<u>Annexe 6</u> : La prématurité, facteur d'hospitalisations multiples.	p. 110
<u>Annexe 7</u> : Le calendrier vaccinal recommandé pour les 0-4 ans.	p. 111
<u>Annexe 8</u> : La répartition des aides sociales pour la population totale.	p. 112
<u>Annexe 9</u> : La loi portant création d'une couverture maladie universelle.	p. 113
<u>Annexe 10</u> : La Déclaration des Droits de l'Enfant : principe cinquième.	p. 114
<u>Annexe 11</u> : La différence de terme chez les prématurés des hospitalisations sociales et non sociales.	p. 115
<u>Annexe 12</u> : La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.	p. 116

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AIDES SOCIALES :

AAH : Allocation pour Adulte Handicapé
AES : Allocation d'Education Spécialisée
AMG : Aide Médicale Gratuite
APE : Allocation Parentale d'Education
API : Allocation de Parent Isolé
APJE : Allocation Pour Jeune Enfant
RMI : Revenu Minimal d'Insertion

PATHOLOGIES :

AVC : Accident Vasculaire Cérébral
HRB : Hyper Réactivité Bronchique
HTP : Hypertension Portale
IMC : Infirmité Motrice Cérébrale
IPLV : Intolérance aux Protéines du Lait de Vache
OAP : Oedème Aigu Pulmonaire
RGO : Reflux Gastro-Oesophagien
ROR : Rougeole-Oreillon-Rubéole

AUTRES :

CMU : Couverture Médicale Universelle
CSP : Catégorie Socioprofessionnelle
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
PIB : Produit Intérieur Brut
PMI : Protection Maternelle et Infantile
SA : Semaine d'Aménorrhée
HLM : Habitation à Loyer Modéré
PMSI : Projet Médical de Soins Informatisés

INTRODUCTION

Lors de la création des premiers hôpitaux pédiatriques au XIX^{ème} siècle, dont l'Hôpital des Enfants Malades à Paris en 1802, leur rôle est essentiellement social en raison des conditions d'hygiène, des surinfections et du peu d'efficacité des thérapeutiques médicales responsables d'une importante mortalité.

Dès 1850 grâce, entre autres, aux travaux de Pasteur et aux études sur les épidémies intra-hospitalières, on observe une modification architecturale et des pratiques médicales permettant l'évolution de la fonction hospitalière vers un centre de diagnostic, de soin, de formation et de recherche.

Cependant parallèlement au développement de son aspect technique, l'hôpital pédiatrique souhaite conserver une dimension humaine avec l'accueil et l'hébergement des parents, l'admission personnalisée (dossier de soin, objet transitionnel) et la création d'espaces de vie (salle de jeux, classe, espaces verts). De plus d'autres formes d'hospitalisation (hospitalisation de jour, hospitalisation à domicile) ont permis de diminuer la durée du séjour.

Actuellement, probablement en raison des anomalies du système de soins actuel, mais aussi des difficultés socio-économiques de nombreuses familles, il lui faut aussi garder sa fonction sociale.

Afin d'analyser la population qui bénéficie de cette fonction sociale, nous avons réalisé une enquête prospective dans le secteur 1 du service de médecine infantile 3 et de génétique clinique de l'hôpital d'enfants de Nancy.

Elle avait deux objectifs :

-décrire les principales caractéristiques socio-économiques de la population pédiatrique hospitalisée.

-évaluer le travail psychosocial effectué dans le service.

Après avoir exposé les différents résultats de cette étude, nous évoquerons ses limites. Nous discuterons ensuite de l'évolution des critères et des modalités d'hospitalisation de la population pédiatrique depuis 1973, et des caractéristiques des familles de cette population hospitalisée vis à vis de la population du département, de la France, et d'autres études semblables.

Nous reviendrons ensuite sur les principaux aspects des hospitalisations sociales et sur le travail psychosocial effectué dans le service.

Nous concluons enfin ce travail en rappelant que la fonction sociale de l'hôpital d'enfant est essentielle dans le dispositif actuel d'accès aux soins et de lutte contre les exclusions.

1^{ère} partie :

UN PEU DE LITTÉRATURE...

Notre étude ayant pour but de définir les données démographiques et socio-économiques de la population hospitalisée en pédiatrie, nous avons centré notre recherche bibliographique sur cet aspect en décrivant dans un premier temps les caractéristiques de la population générale, puis dans un second temps celles d'autres études d'enfants hospitalisés, en particulier celles de l'étude réalisée à Nancy en 1973 (1).

1. LA POPULATION GÉNÉRALE

1.1 EN RÉGION LORRAINE

Nous nous sommes basé sur les résultats du recensement de 1999 (2) pour la population du département de Meurthe-et-Moselle (*annexe 1, p.102*) mais aussi de la région Lorraine.

Ainsi en ce qui concerne la nationalité, 92 % des habitants du département sont nés en France et 95 % sont Français.

Pour ce qui est de l'activité professionnelle, la population des hommes de 25-49 ans du département comprend 20 % d'inactifs et celle des femmes de la même tranche d'âge 71 % d'actives. Cependant on constate une baisse du niveau d'activité (38 %) autour de 30 ans (âge moyen de la procréation) des femmes en Lorraine compensée par une nette reprise de leur activité professionnelle ensuite (3). La composition familiale peut influencer sur le taux d'activité puisque dans 60 % des familles composées d'un couple et deux enfants les deux parents travaillent mais qu'à l'inverse, après la naissance d'un troisième enfant on ne note plus que 11 % de couples bi-actifs (4).

En ce qui concerne le statut conjugal, on note 52 % de couples mariés et 43 % de célibataires dans la population des 30-34 ans du département (2).

Par ailleurs, l'âge moyen des mères est de 29 ans en Lorraine (4) où l'on note un chiffre moyen de 1,7 enfant par femme.

Pour le logement, le nombre moyen de personnes par pièce est de 0,6 dans le département et si les immeubles collectifs représentent 41,5 % des résidences principales du département (2), un enfant (de moins de 2 ans) sur 2 vit en maison individuelle en Meurthe et Moselle (5).

Enfin, on retrouve pour les résidences principales lorraines un chiffre moyen de 4,22 pièces par logement (5).

Pour les données sociales, les chiffres suivants nous ont été fournis par la DRASS Lorraine.

En ce qui concerne le mode de garde, 2.035 enfants d'âge préscolaire sont gardés en crèche ou halte garderie (en dehors de la crèche familiale) sur 41.848 enfants de moins de 4 ans, soit environ 5 % des enfants. Mais on ne connaît pas le nombre exact d'enfants scolarisés dans cette tranche d'âge.

Seuls 6,46 % de la population du département bénéficie de la CMU.

En ce qui concerne les aides sociales, 12,62 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans du département bénéficient de l'API et 30,17 pour 1000 des 20-59 ans bénéficient du RMI. au 01.01.2001.

Nous en profitons pour rappeler dans le tableau suivant les principales aides sociales dont les familles peuvent bénéficier en France.

Tableau n°1 : Les prestations familiales : conditions d'obtention et montants mensuels en 2001

<p><u>Pour la naissance :</u></p>	<p align="center">ALLOCATION POUR JEUNE ENFANT (APJE) : 158,97 € Du 5^{ème} mois de grossesse jusqu'au mois précédent les 3 ans de l'enfant, sous conditions de ressources, après déclaration de la grossesse et en respectant les visites obligatoires. Une seule allocation est versée par famille et elle ne peut être perçue si celle ci perçoit déjà l'A.P.E. sauf cas particulier.</p>
<p><u>Pour la garde d'enfant :</u></p>	<p align="center">ALLOCATION PARENTALE D'EDUCATION (APE) : 493,22 € (taux plein mais variable selon l'activité professionnelle) En cas de cessation au moins partielle d'activité (sous condition d'avoir exercé une activité professionnelle pendant deux ans dans les 5 ans qui précèdent avec 2 enfants, dix ans avec 3 enfants ou plus) et d'au moins deux enfants à charge dont le dernier est âgé de moins de 3 ans.</p>
<p><u>Pour les enfants :</u></p>	<p align="center">ALLOCATIONS FAMILIALES : 110,71 € (2 enfants), 252,55 € (3 enfants) et 141,84 € par enfant supplémentaire. Avec deux enfants à charge quels que soit la situation familiale et le montant des revenus. COMPLEMENT FAMILIAL : 144,09 € Avec 3 enfants à charge tous âgés de plus de 3 ans et sous condition de ressources à partir du mois suivant les 3 ans du dernier né.</p>
<p><u>Pour le logement :</u></p>	<p align="center">ALLOCATION DE LOGEMENT Pour la résidence principale en cas de revenus modestes et quels que soient l'âge, la situation familiale et professionnelle à condition que le logement ne soit pas loué par un ascendant ou un descendant. Son montant est variable selon les ressources, la situation familiale, la nature du logement, le lieu de résidence, le loyer et le nombre d'enfants ou de personnes à charge. AIDE PERSONALISEE AU LOGEMENT (APL) A condition que le logement soit conventionné. Le montant dépend des mêmes variables que l'allocation logement.</p>
<p><u>Pour le parent isolé ou séparé :</u></p>	<p align="center">ALLOCATION DE PARENT ISOLE (API) : 695.36 € (montant maximum avec un enfant). Sous condition de ressources et pour les personnes vivant seules (célibataire, séparée, divorcée, veuve) avec un ou plusieurs enfant(s) attendu(s) ou à charge. ALLOCATION DE SOUTIEN FAMILIAL : 77.84 € pour l'enfant privé de l'aide d'1 de ses parents et 103.78 € pour l'enfant privé de l'aide de ses 2 parents. Cette allocation est versée à titre provisoire ou définitif selon les cas. Avec un enfant recueilli ou pour les personnes vivant seules avec au moins un enfant à charge si l'autre parent ne participe plus à son/leur entretien.</p>

<p><u>Pour l'enfant ou l'adulte handicapé :</u></p>	<p>ALLOCATION D'EDUCATION SPECIALE (AES) : 111.26 € majoré par les compléments (pour exemple, C1 :83.11 €, C3 : 319.87, C6 : 930.06 €). Elle dépend du taux d'incapacité de l'enfant à charge, celui-ci étant fixé par la Commission Départementale d'Education Spéciale qui détermine également le montant de l'allocation, des compléments et de leur durée de versement.</p> <p>ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPES (AAH) : 527.92 € (montant maximal). Elle est versée à toute personne résidant en France, en situation régulière, avec un taux d'incapacité (défini par la COTOREP, Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel) au moins égal à 80 % ou ayant moins de 60 ans et étant reconnu comme dans l'impossibilité de travailler. La COTOREP se prononce aussi sur le droit et la durée de versement de l'AAH.</p>
<p><u>Le revenu minimal d'insertion (RMI) :</u></p>	<p>411.70 € (pour une personne seule sans enfant). En cas de ressources faibles ou inexistantes, il est versé aux plus de 25 ans ou aux plus jeunes qui attendent un enfant ou qui en ont au moins un à charge.</p>

1.2 AU NIVEAU NATIONAL

Sur le plan de la nationalité, certaines études, dont celle d'E. Carde en 2002 (6), ont montré un problème de discrimination dans l'accès aux soins. En effet, une réorientation peut se faire aux urgences en l'absence d'une protection sociale vers une association humanitaire ou une consultation de précarité (lieu manifestant les insuffisances du dispositif d'accès aux soins et aux droits, les patients étant à près de 80 % des étrangers en situation irrégulière).

Sur le plan du *sex ratio*, on note une légère prédominance masculine au niveau national (51 %) (7).

Sur le plan vaccinal, le taux de couverture vaccinale contre la tuberculose est de 92 % chez les moins de 4 ans nés en 1991 en France (8).

En ce qui concerne la fratrie, 40 % des enfants de moins de 3 ans sont uniques en France mais ce chiffre varie en fonction de l'activité maternelle (13 % chez les moins de 6 ans lorsque la mère est inactive mais 35 % lorsqu'elle travaille) et de l'âge (20 % chez les 3-5 ans) (7).

Le risque de difficultés économiques est plus important pour les familles nombreuses puisque l'étude de Lapinte (9) retrouve 47 % des enfants pauvres dans ce type de famille dans lequel ne vivent pourtant que 34 % de la population globale des enfants. Pour l'INSEE en 1995, un enfant de 0 à 4 ans représente

12 % de dépenses supplémentaire pour le foyer (10) ce qui peut le faire basculer en dessous du seuil de pauvreté.

Pour ce qui est de l'âge parental, on note au niveau national un recul de l'âge moyen de la maternité (29 ans en 2000) et donc de l'âge moyen des parents (dont au moins un des enfants a moins de six ans) avec 35,9 ans pour les pères et 30,7 ans pour les mères (7).

En ce qui concerne l'activité professionnelle, les pères d'enfants de moins de trois ans restent à 90% actifs occupés (7). Chez les pères en ménage et actifs, on note 54 % d'ouvrier ou d'employés, 36 % de cadres ou de professions intermédiaires et 10 % de non salariés (7). Chez les mères, on note une majorité d'employées chez les femmes actives (11) et une augmentation du travail des femmes en France (12). Cependant, en raison de l'ampleur des tâches domestiques et familiales maternelles, d'autant plus importantes que les enfants sont jeunes et nombreux (13), on note plutôt un retrait du marché du travail des femmes soumises à ces contraintes.

On peut ici souligner le rôle de l'APE, seulement 56 % des femmes étant actives après la naissance du deuxième enfant en 1999, l'arrêt d'activité concernant essentiellement les femmes peu qualifiées (84 % des bénéficiaires sont des employées ou des ouvrières) et ce de façon d'autant plus importante qu'elles sont jeunes (38 % d'activité dans les trois ans qui suivent le deuxième enfant chez les moins de 31 ans) (14).

La notion d'inactivité professionnelle d'un des parents est d'autant plus importante qu'elle reflète un certain niveau de pauvreté. En effet, selon Lapinte (9), seuls 11 % des enfants pauvres vivent dans un ménage où les deux parents travaillent dont au moins un à temps complet (ces enfants représentant pourtant 51 % de la population totale des enfants) alors que 48 % des enfants pauvres vivent dans un ménage où un seul des parent travaille et à temps complet (ces enfants représentant 38 % de la population totale des enfants).

Pour le statut conjugal, au 01/01/2000 en France métropolitaine, seuls 7,7 % des moins de trois ans (7) vivent en famille monoparentale (9 % des moins de 6 ans). Le niveau de vie pour ces familles est inférieur de 25 % à celui des ménages dans leur ensemble malgré les revenus sociaux et les prestations familiales (15), ce qui multiplie par deux leur risque de pauvreté (si l'on considère le seuil de pauvreté à la moitié de la médiane des niveaux de vie nationaux). Ceci est confirmé par l'étude de Lapinte qui retrouve 19 % d'enfants pauvres vivant dans ce type de famille alors qu'ils représentent 8 % de la population globale d'enfants (9).

Pour le logement sur le plan national, seuls 8600 enfants sont hébergés dans des établissement sociaux au 01/01/1998 (16).

En ce qui concerne le mode de garde, Flipo (17) note que l'absence de recours à la garde payante est un signe de pauvreté. En effet les 10 % des familles les plus pauvres n'ont recours à la garde payante que dans 16 % des cas contre 45 % des 10 % des familles les plus riches.

Sur le plan de la prise en charge sociale, les prestations sociales concernant les familles représentent en France 2,5 % du P.I.B. en 2001 (18) et le nombre de familles en bénéficiant est en progression (+ 0,6 % en 2001 pour les prestations familiales).

On note une dimension forte de la redistribution verticale en fonction du niveau de vie initial (38 % de l'ensemble des prestations familiales versées au premier quartile (= quartile du niveau de vie le plus bas), mais aussi de la redistribution horizontale en fonction de la configuration familiale pour les familles nombreuses. Seuls 14 % des enfants ne bénéficient donc pas des prestations familiales du fait du régime des allocations familiales qui exclut les enfants uniques vivant avec leurs deux parents (9).

En ce qui concerne les minima sociaux, l'API est minoritaire (5 %) sur le plan national en 2000 (19) et 71 % de ces allocataires ont un enfant de moins de 3 ans en 1999 (20). Il est à noter que cette allocation concerne souvent des parents isolés avec des difficultés socio-économiques (83 % de ses allocataires sont inactifs vrais (20)).

2. LES ÉTUDES DES ENFANTS HOSPITALISÉS EN FRANCE

Nous avons recueilli les résultats des études réalisées, à notre connaissance peu nombreuses, pour définir les caractéristiques socio-économiques des familles des enfants hospitalisés.

Nous avons également pris en compte les **études réalisées aux urgences pédiatriques**, tous les enfants hospitalisés dans le secteur en dehors des hospitalisations programmées étant d'abord vus aux urgences de l'hôpital d'enfants. Ces études sont plus nombreuses et récentes en raison de l'inflation constante du nombre d'entrées aux urgences pédiatriques. Par exemple, on note 115 % d'augmentation du nombre d'entrées entre 1990 à 1997 au service des urgences pédiatriques de l'hôpital Jean Verdier (93140, Bondy) (21). Ces travaux sont centrés sur les caractéristiques socio-économiques des populations accueillies et posent le problème de la compétence de l'hôpital, service public, quelle que soit la demande de soins (22), l'urgence étant réelle puisque ressentie (23).

Ces études retrouvent une proportion importante de **nourrissons (21)** pour lesquels les parents ont recours à l'hôpital en raison d'une anxiété plus importante liée à l'âge (24). Ces enfants sont aussi plus souvent hospitalisés, l'écart entre le seuil social et médical pour décider de l'hospitalisation étant faible pour le nourrisson (25).

De même, les **garçons** sont souvent plus nombreux à consulter ou à être hospitalisés (26), car plus souvent malades.

Le **taux d'hospitalisations antérieures** quand il est étudié est important (49 % pour Sagot (27)) et pose le problème de l'absence de liaison avec les structures extra-hospitalières dès la première hospitalisation, pouvant parfois permettre un relais de la prise en charge et éviter aussi le recours systématique à l'hôpital.

En ce qui concerne les parents, ils sont en général mariés ou concubins mais l'on note un taux important de familles monoparentales variant de 12 % (27) à 27 % (28). Cette fréquence peut s'expliquer par le taux de morbidité et de mortalité qui semble supérieur chez les enfants de ces familles en particulier en raison du taux d'accidents traumatiques et domestiques deux fois plus important (29) que dans les familles biparentales. De plus l'incidence des facteurs socio-économiques semblent déterminante dans l'hospitalisation de ces enfants. En effet, ces familles, dont les chefs sont essentiellement des mères isolées, 95 %

lorsque l'enfant a entre 0 et 4 ans (30), en situation sociale précaire (31), sont pour la moitié d'entre elles en dessous du seuil de pauvreté (32). Elles posent donc un réel problème de santé publique bien que, comme le souligne Berthier (33), on ne note pas d'évolution particulière de ces enfants spécifiquement liée à la situation de monoparentalité.

Par ailleurs, certaines études retrouvent, au niveau des urgences, près de deux tiers d'enfants **d'origine étrangère (34)**. Ce taux est considérablement réduit en hospitalisation comme on le constate dans l'étude réalisée en 1990 à Limoges qui ne retrouve que 6 % d'étrangers (27). Ce taux, bien que dépendant de la région et du moment où est réalisée l'étude, semble diminuer ainsi en raison des motifs de consultation aux urgences de la population d'origine étrangère, souvent jugés injustifiés et ne nécessitant pas une hospitalisation (21). En effet pour cette population, l'hôpital est un lieu de continuité des soins en relais de la PMI ou compense une difficulté d'accessibilité aux structures extrahospitalières puisque pour Marguet, 12 à 27 % des enfants migrants n'ont aucun suivi médical (24). Cette difficulté d'accès aux soins semble essentiellement liée à un hiatus culturel (35) et à des difficultés socio-économiques (36).

Sur le plan professionnel, les études réalisées retrouvent, une forte proportion de pères employés ou ouvriers (37) (34) ainsi que de mères au foyer (25). Ainsi les facteurs principaux de recours à l'hôpital semblent être le faible niveau socio-économique, qui concerne 78 % des consultations pédiatriques aux urgences de Lyon (25), et l'inactivité parentale avec près de 40 % de familles vivant d'allocations sociales et/ou de revenus précaires aux urgences de Montpellier (28). Il est à noter que pour Guyot en 1977 (38), ce sont aussi le cumul de l'activité professionnelle et de la charge de mère de famille qui peuvent favoriser l'hospitalisation.

Ces populations des **catégories socio-professionnelles les plus défavorisées** apparaissent donc sur-représentés en hospitalisation, confirmant les résultats d'autres études (39) (40). On retrouve aussi près d'un tiers de familles bénéficiant de la CMU ou de l'AMG, reflet de leur faible revenus. Le recours à l'hôpital semble donc fréquemment lié au problème d'accessibilité économique des structures extra-hospitalières.

Cependant, la demande n'est pas uniquement de nature sociale, **la morbidité** restant le facteur déterminant du recours aux soins (41). En effet les pathologies même banales semblent plus fréquentes et plus graves dans ces familles socialement défavorisées du fait de leurs conditions de vie et/ou d'un recours aux soins plus tardifs (42). Pour Lenoir, l'hôpital soigne ainsi « la maladie sociale » (43). On note en effet une résurgence de certaines pathologies

telles que la tuberculose (44), le saturnisme (45) ou le charbon (46). De même, il existe une augmentation de la morbidité et mortalité accidentelles pouvant être liée aux violences subies (47) et au milieu social. Robert montre ainsi qu'en Angleterre, les décès par intoxications, violences ou accidents de la voie publique chez les moins de 15 ans sont 5 fois plus nombreux dans la classe socialement défavorisée que dans celle des plus favorisés (48).

La population hospitalisée est donc très proche de celle des consultations de PMI (49, 50). Ceci semble confirmer la thèse de Jeandidier (21) selon laquelle la discontinuité des soins chez les enfant suivis exclusivement en PMI (26, 51, 52) devrait imposer de créer les condition d'une meilleure accessibilité aux soins pour cette population souvent précaire (26, 49, 53) et poser la question de l'extension des attributions actuelles de ces centres.

On note dans d'autres études, la part du manque de formation des médecins traitants pour résoudre les problèmes médico-sociaux de ces populations (54).

Cependant, même si **un suivi** existe, il est devenu pour Jeandidier « un repère insuffisant dans la gestion des urgences ressenties pour les familles » (21) puisque 74 % des enfants de moins de 6 ans ayant recours spontanément aux urgences aux horaires ouvrables dans son étude, ont un médecin traitant. Ceci est confirmé par le travail de Lombrail (51) où l'on note 74 % d'entrées directes dont les deux tiers avaient vu ou tenté de voir un médecin de ville. Ce pourcentage reste important en hospitalisation malgré l'examen aux urgences qui permet dans certaines études de n'hospitaliser que 14 % des 85 % d'entrées directes (21).

Enfin, **les motifs et diagnostics** retrouvés chez les enfants hospitalisés sont essentiellement digestifs (24%) pulmonaires ou neurologiques (16 et 17%) comme dans l'étude de Bornarel (25).

3. L'ÉTUDE DES ENFANTS HOSPITALISÉS À NANCY EN 1973

Nos recherches bibliographiques nous ont permis par ailleurs de retrouver plusieurs études menées parallèlement en Lorraine dans les années 1970, pour tenter de mettre en évidence la place de ces hospitalisations sociales.

Pour Nancy, l'étude effectuée par le docteur F. FRIOT (1) concernait 684 enfants (804 hospitalisations) sur l'année 1973 (dont 23,3 % pendant l'été ce qui correspond à environ 160 enfants). L'ensemble des données avaient été calculées à l'époque à partir du chiffre de référence de 804 hospitalisations.

Les principales données recueillies permettait de montrer que 40 % environ des enfants hospitalisés avaient moins de 3 mois et que près de 60 % étaient de sexe masculin.

On notait 12 % d'anciens prématurés et 29 % d'enfants déjà hospitalisés en période néonatale, ces deux antécédents apparaissant comme des facteurs de risque importants d'hospitalisation. Ainsi, la proportion d'enfants hospitalisés en période néonatale dans le service de pédiatrie de l'enquête et ré-hospitalisés au moins une fois depuis dans ce service était de 38,2 %.

En ce qui concerne les hospitalisations antérieures en dehors de la période néonatale, elles existaient chez 20,8 % des enfants. Ce chiffre était probablement sous-estimé car il correspondait uniquement aux antécédents d'hospitalisation dans le service concerné et non pour tout antécédent d'hospitalisation.

Seuls 36 % des enfants hospitalisés étaient à jour pour leur vaccination tétravalente (DTCoq Polio).

Sur le plan familial et social, les parents étaient en général mariés mais l'on notait déjà un fort pourcentage de famille monoparentale (10 %). Le taux de mères au foyer étaient de 63 %, ce qui était comparable au chiffre du recensement de 1968 pour le département.

Par ailleurs le taux de parents français (83,6 %) était inférieur à celui du département au recensement de 1954 (92,8 %) et à l'inverse le nombre moyen d'enfants par famille (2,5) était supérieur à celui du département (2,2).

Enfin, les familles vivaient essentiellement dans des appartements de type H.L.M, surpeuplés, avec un nombre moyen de personnes par pièce supérieur (1,32) à celui du recensement de 1954 (0,91).

En ce qui concerne l'hospitalisation, l'enfant était adressé dans la moitié des cas par un médecin et la durée moyenne de son séjour hospitalier était de 12,2 jours.

Les pathologies étaient essentiellement infectieuses mais l'on notait 10,2 % de problèmes sociaux et en définitive, 8.8 % d'hospitalisations non justifiées.

Les visites parentales étaient d'autant plus rares que l'hospitalisation se prolongeait avec, pour les hospitalisations considérées comme courtes (soit de 0 à 7 jours), 30 % des enfants seulement recevant plus d'une visite par 48 heures.

Sur le plan social, l'étude retrouvait 190 enfants (23.6 % de la population hospitalisée) aux conditions socio-familiales défavorables, et une durée moyenne d'hospitalisation de 14 jours environ pour ces enfants, pourtant hospitalisés le plus souvent pour des pathologies bénignes, en raison du manque de coordination et de place des services sociaux.

Nous reviendrons dans la discussion sur ces différents résultats pour les comparer à ceux de notre étude.

2^{ème} partie :

**POPULATION
ET
MÉTHODE**

1. POPULATION

1.1 CADRE DE L'ÉTUDE

Le département de Meurthe-et-Moselle (*Annexe 1, p.103*) comprenait lors du recensement de 1999 (2), 713 555 personnes dont 34 927 enfants de moins de 4 ans, soit 4,9 % de la population du département.

Sur le plan de la densité médicale pédiatrique, on note un chiffre légèrement supérieur aux moyennes nationales avec 39 pédiatres (65) soit 2,5 pédiatres pour 10000 enfants de moins de 16 ans (2,3 au plan national) et, en ce qui concerne plus particulièrement notre étude, 9,3 pédiatres pour 10000 enfants de moins de 4 ans (8,2 au plan national).

Situé à Vandoeuvre-lès-Nancy, au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Brabois, l'hôpital d'enfants est composé de 5 étages de services médicaux, chirurgicaux et médico-techniques.

Le service de médecine infantile 3 et de génétique clinique, est situé au premier étage et comprend deux secteurs.

Le **secteur 1, secteur de l'étude**, hospitalise l'essentiel des enfants de 1 mois à 4 ans non atteints de pathologie chirurgicale, cancéreuse, immunitaire ou justifiant de soins intensifs. De plus, tous les enfants ne pouvant bénéficier d'une hospitalisation parent-enfants dans le secteur spécifique du service (secteur 3), en raison de leur pathologie, de leurs conditions socio-familiales ou du manque de places disponibles, y sont accueillis. A noter que de 0 à 1 mois, les enfants sont hospitalisés en règle générale dans le service de néonatalogie de la maternité régionale de Nancy.

Ce secteur est composé de 3 ailes de 10 lits (aile A : 10 box individuels ; aile B : 8 box individuels et une chambre de deux lits ; aile C : 2 chambres de 3 lits et 1 chambre de 4 lits), chacune disposant d'un bureau infirmier.

Il est à noter que pendant l'étude, seuls 27 des 30 lits seront disponibles en raison des enfants hospitalisés au long cours pour des pathologies nutritionnelles sévères et non inclus dans notre étude.

Pendant la période du recueil des données, le personnel médical de ce service est composé d'un chef de service (Professeur M. VIDAILHET), de 2 praticiens hospitaliers (Professeur B. LEHEUP et Docteur A. MORALI), d'un chef de clinique (Docteur J. CUZZI), de 3 internes et d'externes.

L'équipe soignante et para-médicale comprend pendant la journée 3 infirmières ou puéricultrices, 6 auxiliaires de puériculture et un agent de service hospitalier. Des kinésithérapeutes, des diététiciennes, une assistante sociale, une

psychologue (à quart temps) et une éducatrice de jeunes enfants interviennent également.

Le service social dont dépend le service comprend 2 assistantes sociales. Elles travaillent à temps plein à l'hôpital d'enfants et établissent une liaison hebdomadaire pour les cas de maltraitance au service des urgences, et pour les autres cas dans chacun des secteurs hospitaliers.

1.2 LES PATIENTS

La population étudiée est constituée de tous les enfants hospitalisés du 6 juin au 6 septembre 2001 au secteur 1 du service de médecine infantile 3 de l'hôpital d'enfants du Centre Hospitalier Universitaire de Nancy (Meurthe-et-Moselle, 54), à l'exception de deux enfants porteurs de pathologies digestives sévères, hospitalisés pendant toute la durée de l'enquête.

2. MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une enquête **prospective** réalisée à partir des données recueillies grâce à un questionnaire (*Annexe 2, p.104-106*), dont le but est d'analyser les facteurs socio-économiques de la population pédiatrique hospitalisée dans le service, d'identifier les hospitalisations sociales et d'évaluer l'activité sociale effectuée.

2.1 LE RECUEIL DES DONNÉES

Après information des parents de la stricte confidentialité des données et des buts de l'enquête, le recueil a été réalisé de façon standardisée grâce à un questionnaire. La première partie, le mode d'admission et l'attitude initiale des parents ont été notés dès l'admission lorsque cela était possible (parents coopérants, charge de travail compatible) par la puéricultrice ou l'infirmière accueillant l'enfant.

Ces données ont été par défaut recueillies au cours de l'hospitalisation par nous-même ou le personnel médical (externes, internes, chef de clinique) qui complétait par ailleurs le reste du questionnaire à la sortie de l'enfant.

2.2 LE QUESTIONNAIRE

Une première partie permet de **situer l'enfant sur le plan médical** (âge, antécédents, suivi médical, statut vaccinal), **familial** (fratrie, âge, statut conjugal et lieu de naissance des parents) et **social** (profession des parents, lieu de vie, mode de garde, couverture maladie, revenus et intervenants sociaux).

L'âge est celui de l'enfant à l'entrée dans le service à chaque hospitalisation. Les autres données, en particulier familiale et sociale mais aussi vaccinale, n'ont été relevées que lors de la première hospitalisation.

L'origine géographique de la famille a été évaluée en fonction du lieu de naissance des parents.

Le niveau social des familles a été apprécié par la profession des parents selon les catégories socioprofessionnelles simplifiées de l'INSEE (*Annexe 3, p.107*), ainsi que l'existence ou non d'allocations sociales.

Le logement est classé selon les principaux types rencontrés (maison individuelle, appartement, HLM).

Il a de plus été défini comme :

-social lorsque l'enfant était placé en institution, ou que la famille vivait dans une structure d'hébergement social ;

-itinérant lorsque la famille était sans domicile fixe (caravane par exemple).

Le nombre de pièces a été rempli en type « F » dans 215 dossiers soit 90 % des cas. C'est donc cette définition qui a été retenue. Le type « F » correspond aux pièces d'habitation selon la définition de l'INSEE (c'est à dire les salons, salles à manger et les chambres à coucher, ainsi que les cuisines si elles sont supérieures à 12 m²).

Une deuxième partie relève le **mode d'admission**, le motif d'hospitalisation et le **diagnostic** médical de sortie ainsi que la **durée** d'hospitalisation. Cette dernière a été déterminée par l'écart entre la date d'entrée et la date de sortie correspondant au nombre de nuitées.

Le mode d'admission est défini comme « adressé par un médecin » uniquement si l'enfant était porteur d'une lettre médicale à son arrivée au service des urgences.

Les motifs et diagnostics portés lors de l'hospitalisation ont été classés selon l'appareil concerné si cela était possible (ainsi les gastro-entérites ont été classées dans « digestif » et non dans « infectieux ») et en fonction des principales pathologies rencontrées.

Enfin, **la dernière partie** tente d'évaluer le **caractère social** ou non de l'hospitalisation (en fonction des données socio-économiques précédemment recueillies, de l'attitude et de la présence parentale) ainsi que le **travail psychosocial** effectué si nécessaire.

Nous avons défini comme « **sociales d'emblée** » les hospitalisations qui présentaient des caractéristiques socio-économiques défavorables pour la santé de l'enfant, des critères cliniques suspects de négligence ou de maltraitance, ou qui s'avéraient difficiles en raison du comportement parental.

Par ailleurs nous avons considéré comme « **sociales pendant l'hospitalisation** », certaines hospitalisations en fonction de la présence parentale (effective) et de la durée d'hospitalisation, seuls critères objectivement mesurables.

2.3 L'EXPLOITATION INFORMATIQUE

La saisie des données a été effectuée par nous même sur un outil personnel grâce à un masque conçu pour les besoins de cette étude sur le logiciel Epi-info. Les analyses statistiques ont été réalisées sous SAS.

Nous avons d'abord décrit les caractéristiques de toute la population hospitalisée, puis celles de la population des hospitalisations considérées comme sociales durant la période d'étude.

Nous avons ensuite comparé les caractéristiques :

- des familles de la population totale des enfants hospitalisés à celles des populations départementales, régionales et nationales,
- des enfants de moins de deux ans à celles des enfants hospitalisés pendant l'étude de 1973 (1),
- des enfants et des familles dont les hospitalisations ont été considérées comme sociales à celles des enfants et des familles ne présentant pas ce risque.

Les comparaisons ont utilisé le test du Khi deux (χ^2), avec un seuil significatif de 0.05, pour les caractéristiques qualitatives et le test de Student pour les caractéristiques quantitatives.

3^{ème} partie :

LES RÉSULTATS

1. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION TOTALE

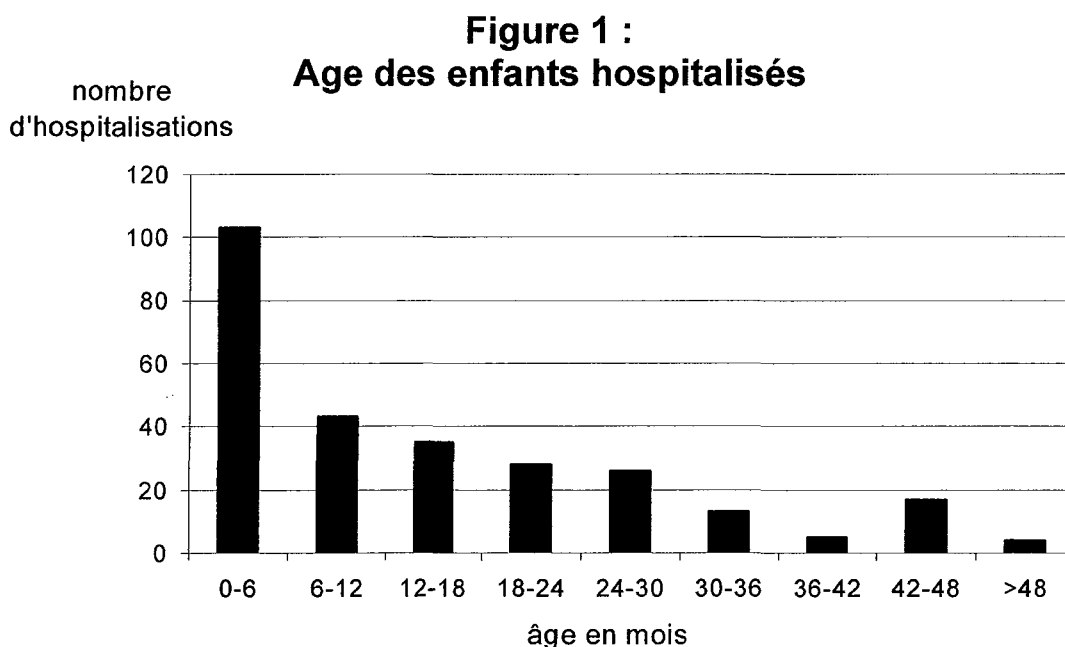
A la fin de la période d'étude, 274 questionnaires exploitables ont été recueillis (6 étant trop incomplets et 4 non remplis) sur 284 admissions, soit 96,5 % de réponses.

35 enfants ayant été ré-hospitalisés pendant la durée de l'étude (soit 12 % de la population des enfants hospitalisés), la population comporte en définitive **239 enfants** appartenant à 234 familles pour la première partie du questionnaire et **274 hospitalisations** pour ce qui concerne les deuxième et troisième parties du questionnaire.

1.1 L'ENFANT

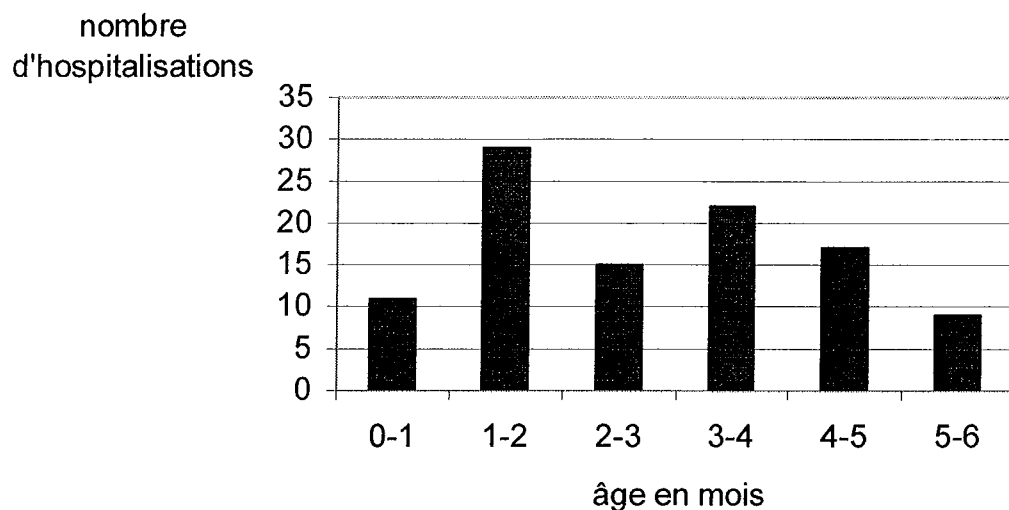
1.1.1 L'ÂGE

L'âge médian est de 10,5 mois, lié à une nette prédominance des moins de 1 an (53,3 %) comme on peut l'observer sur la **Figure 1** ci-dessous.



On remarque par une étude plus fine un pic d'hospitalisation pendant le deuxième mois de la vie (**Figure 2**), le relatif petit nombre de 0 à 1 mois tenant à l'hospitalisation de ces enfants dans le service de néonatalogie à la maternité régionale de Nancy.

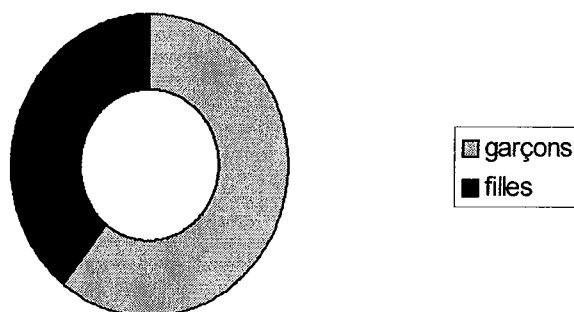
Figure 2 :
Répartition en âge des enfants de moins de 6 mois



1.1.2 LE SEXE

On note une nette prédominance masculine avec 145 garçons soit 60,7 % des enfants hospitalisés (**Figure 3**).

Figure 3 :
Sex ratio des enfants hospitalisés



1.1.3 LA NATIONALITÉ

Nous avons considéré comme français de droit tout enfant né en France, quelle que soit la nationalité potentielle de ses parents.

236 enfants sont Français (98,7 %) selon ce critère.

Les trois enfants étrangers sont de nationalité congolaise, marocaine et turque.

Ceci ne permet pas d'évaluer le facteur « immigration » dont on connaît l'impact socio-économique fréquent mais cet aspect apparaîtra plus tard (p.44) lors de l'étude du lieu de naissance des parents.

1.1.4 LES ANTÉCÉDENTS

1.1.4.1 Néonataux

28 enfants (11,7 %) sont nés prématurément (terme < 37 S.A.) et 19 d'entre eux ont nécessité une hospitalisation dans ce cadre.

209 enfants sont nés à terme, dont 35 ont été hospitalisés en période néonatale.

Pour 2 enfants le terme est inconnu.

On note donc 22,6 % d'hospitalisations néonatales dont 8 % liées à la prématurité.

1.1.4.2 Hospitalisations antérieures

118 enfants, soit près de la moitié des enfants hospitalisés pendant l'étude, avaient été hospitalisés déjà au moins une fois à leur admission et ceci en dehors de la période néonatale : 77 uniquement avant un an, 18 après 1 an et 23 avant et après 1 an (*Annexe 4, p.108*).

Ce taux est de 32,2 % si on retire les 41 enfants porteurs d'une pathologie définie comme chronique dans notre étude, c'est à dire facteur d'hospitalisations multiples.

Par ailleurs, 39 de ces enfants ont été hospitalisés en période néonatale dont 23 nés à terme. 65,7% des enfants hospitalisés à la naissance en dehors de toute prématurité ont donc déjà été hospitalisés au moins une fois avant l'hospitalisation actuelle. C'est aussi le cas dans notre étude pour 75 % des enfants nés prématurément.

L'hospitalisation néonatale (*Annexe 5, p.109*) et la prématurité (*Annexe 6, p.110*) sont donc des facteurs de risque significatifs d'hospitalisations multiples avant l'âge de 4 ans (respectivement $p=0,01$ et $0,004$).

1.1.4.3 Pathologie chronique

Nous avons ainsi désigné les pathologies même courantes ou peu sévères mais qui pouvaient amener l'enfant à être ré-hospitalisé plusieurs fois (Asthme, Reflux gastro oesophagien (RGO), cardiopathie, diarrhée chronique, maladie métabolique, infirmité motrice cérébrale (IMC), thrombopénie).

54 enfants sont porteurs d'une de ces pathologies pendant l'étude soit 22,6 % des enfants hospitalisés, 41 de ces enfants (76 %) ayant déjà été hospitalisés de nombreuses fois.

39 de ces enfants ont été hospitalisés en raison de leur pathologie (32 une fois et 7 de 2 à 4 fois) et 15 ont été hospitalisés pour une toute autre raison.

Les enfants porteurs d'une pathologie chronique sont donc hospitalisés 72 % des fois en raison de cette pathologie et représentent dans ce cadre 16 % de l'ensemble des enfants hospitalisés.

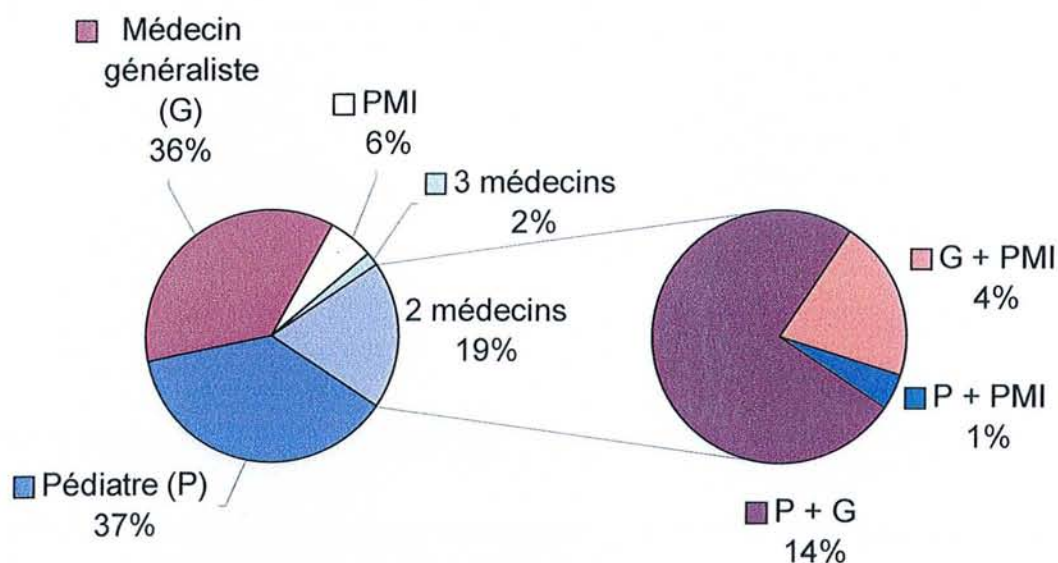
1.1.5 LE SUIVI MÉDICAL

Les enfants sont suivis en général par un pédiatre (36,4 %) ou un médecin généraliste (35,6 %). 14 d'entre eux consultent uniquement en PMI (5,6 %).

Le suivi est parfois assuré par 2 (18,4 %) voire 3 médecins (**Figure 4**).

On note 2 enfants sans aucun suivi (habitat itinérant dans les deux cas) et 3 inconnus.

Figure 4 :
Suivi médical des enfants hospitalisés en 2001



1.1.6 LE STATUT VACCINAL

202 enfants (84,5 %) enfants sont à jour vis à vis du protocole des vaccinations recommandées (*Annexe 7, p.111*).

Chez les 34 enfants restants on note des enfants pour lesquels ne manque qu'une vaccination : antituberculeuse (vaccination non obligatoire avant 6 ans) dans 10 cas et le ROR dans 5 cas.

8 enfants (3 %) ne sont pas vaccinés (vaccin pentavalent, antituberculeux, contre l'hépatite B).

Bien entendu les enfants de moins de un mois (11 enfants), non vaccinés en raison de leur âge ont été considérés comme à jour de leurs vaccinations.

1.1.7 LES ANTÉCÉDENTS DE PLACEMENT

On retrouve 7 enfants précédemment placés, dont l'un avec des antécédents de placement dans la fratrie.

1.2 LE CONTEXTE FAMILIAL ET SOCIAL

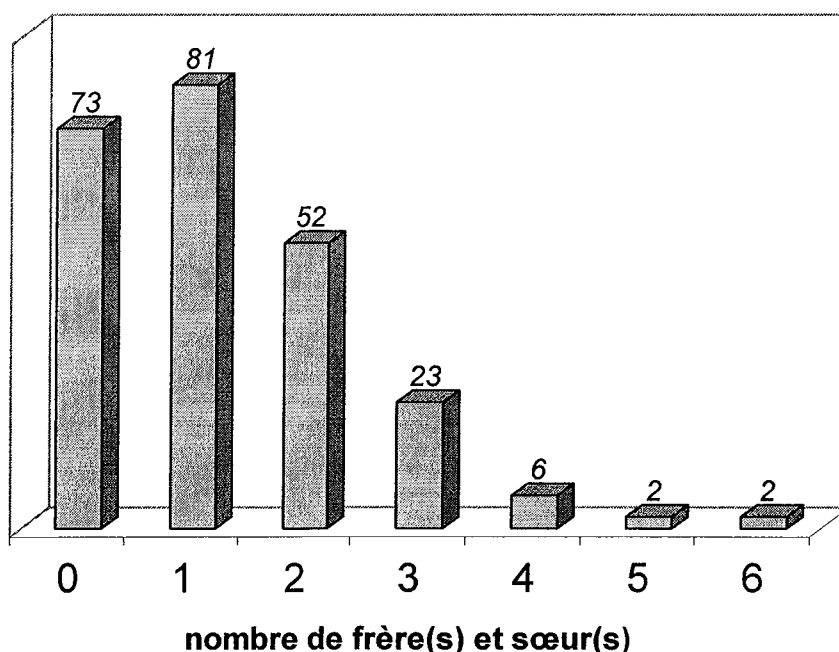
1.2.1 LA FRATRIE

Dans notre étude, la fratrie correspond au nombre d'enfants vivants au foyer (après vérification des aides sociales). Les enfants décédés, placés ou à la garde de l'autre parent n'ont pas été pris en compte.

La fratrie moyenne est de 1,2 (avec une médiane à 1) avec des extrêmes de 0 à 6.

On observe une répartition en 3 groupes à peu près identiques avec 36 % des enfants hospitalisés issus d'une famille nombreuse (c'est à dire d'au moins 3 enfants), 34 % avec un frère ou une sœur et 30 % d'enfants uniques (**Figure 5**).

Figure 5 :
Fratrie des enfants hospitalisés



Dans les 7 cas où l'on note un antécédent de placement dans la fratrie (3 % des hospitalisations), l'hospitalisation a été considérée comme « sociale d'emblée » en raison de la situation sociale mais aussi 4 fois en raison du comportement parental ou de la pathologie présentée et s'est avérée « sociale pendant l'hospitalisation » dans tous les cas.

L'effectif est cependant trop petit pour réaliser un test comparatif fiable, permettant d'affirmer que les antécédents de placement dans la fratrie soient un risque d'hospitalisation sociale.

1.2.2 LES PARENTS

A noter que pour les trois critères suivants (lieu de naissance, profession, âge), dans le cadre des familles élargies, ce sont soit le père biologique soit le conjoint actuel qui sont cités parfois sans précision.

Lorsque la mère est déclarée isolée, certains questionnaires ont été spontanément remplis avec les caractéristiques du père biologique. Nous les avons alors conservés, considérant que le lien existait avec l'enfant.

1.2.2.1 Le lieu de naissance

↳ Les pères (Figures 6a et 6b)

184 pères (77 %) sont nés en France dont 3 dans les DOM-TOM, 43 (18 %) à l'étranger.

On note 12 pères pour lesquels le lieu de naissance n'a pas été précisé.

Figure 6a :
Lieux de naissance des pères

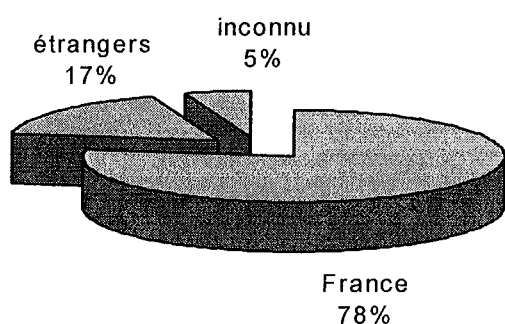
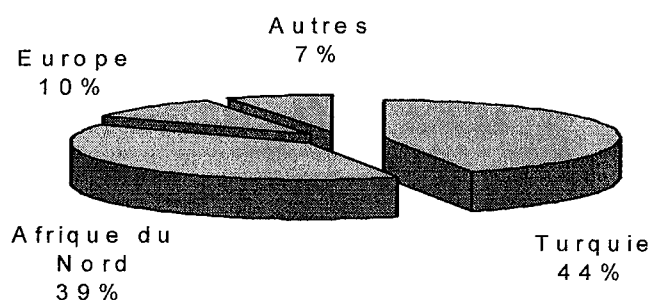


Figure 6b
Pères nés à l'étranger



↳ *Les mères (Figures 7a et 7b)*

205 (86 %) sont nées en France dont 2 dans les DOM-TOM.

31 (13 %) sont nées à l'étranger.

On note 3 mères dont le lieu de naissance n'est pas noté.

Figure 7a :
Lieux de naissance des mères

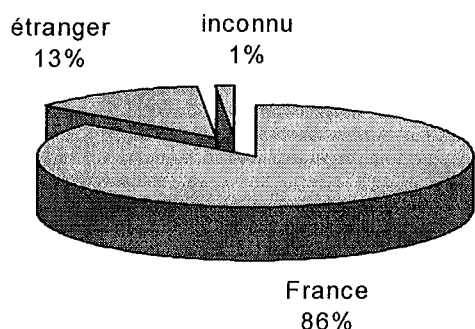
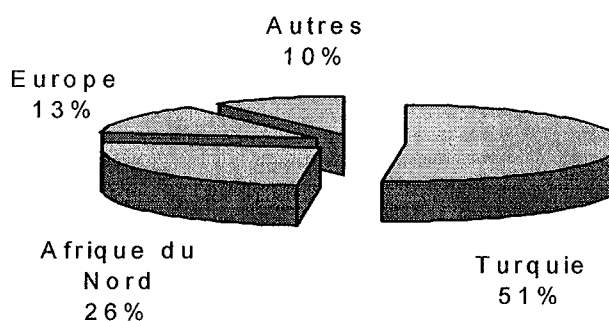


Figure 7b :
Mères nées à l'étranger



1.2.2.2 La profession

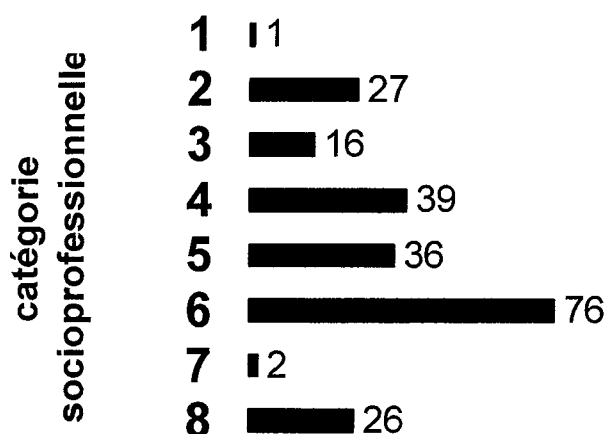
↳ *Les pères (Figure 8)*

La catégorie socioprofessionnelle la plus représentée est celle des ouvriers chez les pères (34 %).

Il y a 11,6 % d'inactifs et aucun congé parental.

On note 14 inconnues chez les pères (dont 4 intérimaires), un décédé et un arrêt maladie.

Figure 8 :
Nombre de pères dans chaque catégorie socioprofessionnelle
(voir Annexe 3, p.107)



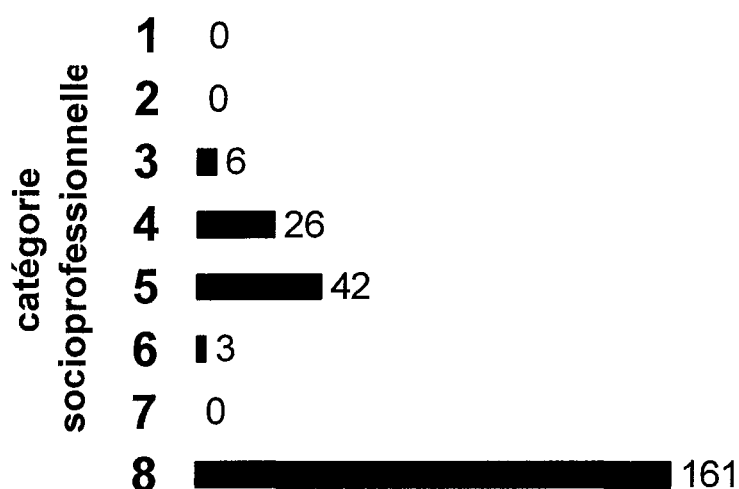
↳ Les mères (Figure 9)

117 mères (49 %) n'ont pas d'activité professionnelle ; 38 sont en congé parental (dont 21 employées) et 6 sont étudiantes.

67 % des femmes sont donc considérées comme inactives.

Les femmes qui travaillent sont en majorité des employées (54 %).

Figure 9 :
Nombre de mères dans chaque catégorie socioprofessionnelle
(voir Annexe 3, p.107)



1.2.2.3 L'âge

On note un âge médian de 31,5 ans pour les pères et 29 ans pour les mères avec des âges minimum de 19 pour le père et 18 ans pour la mère et des âges maximum de 63 ans pour le père et 44 ans pour la mère.

On note 9 inconnus pour les pères et 3 pour les mères.

1.2.2.4 Le statut conjugal

49 % des parents sont mariés et 34 % vivent en concubinage (dont les parents séparés avec un nouveau conjoint).

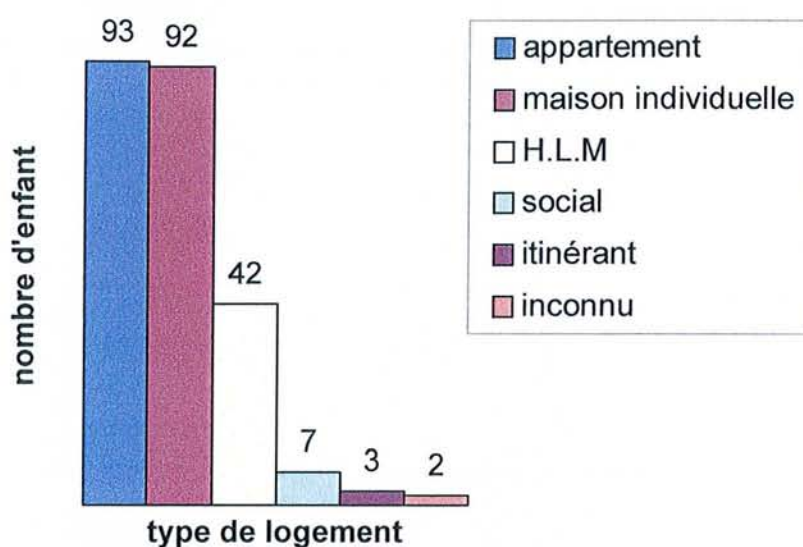
15 % des enfants vivent donc en famille monoparentale (6 % de parents célibataires et 9 % de parents divorcés ou séparés).

1.2.3 L'HABITAT

95 % des enfants vivent en appartement (dont 17.5 % en H.L.M.) ou en maison individuelle (Figure 10) et ceci parfois chez un tiers (3 enfants chez leurs grands parents avec leurs parents et 1 chez une tante avec sa mère).

On note 7 enfants habitant en logement social (foyer ou institution), 3 itinérants et 2 inconnues (10.8 %).

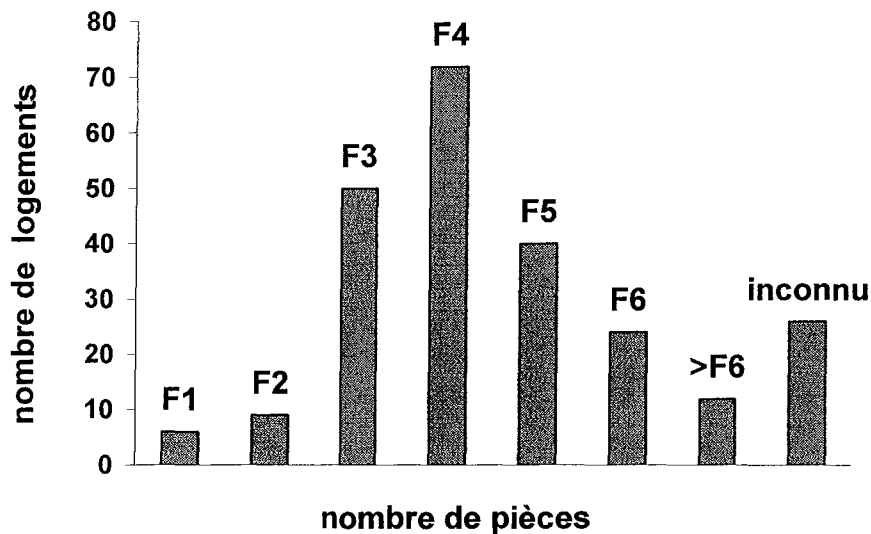
Figure 10 :
Habitat des enfants hospitalisés



Le logement est considéré comme adapté en dehors de 7 cas où les défauts (trop petit, inconfortable, humide, trop chaud) ne semblent pas critiques.

Le type de logement le plus fréquent est un F4 (31 %) mais un quart des enfants vivent dans des logements plus petits (Figure 11).

Figure 11 :
Nombre de pièces par logement



Le nombre moyen de personnes par pièce est de 1 : avec 87 % des enfants uniques dans un logement de type F3 ou plus et 75 % des familles avec deux enfants dans un logement de type F4 ou plus.

On note cependant que 60 % des familles nombreuses (à partir de 3 enfants) ne bénéficient plus de ce nombre moyen d'une personne par pièce.

1.2.4 LE MODE DE GARDE (Figure 12)

Les enfants de notre étude ont moins de 4 ans et sont pour 69,5 % d'entre eux gardés à domicile par leurs parents (principalement la maman au vu de la situation professionnelle de celles-ci vue précédemment).

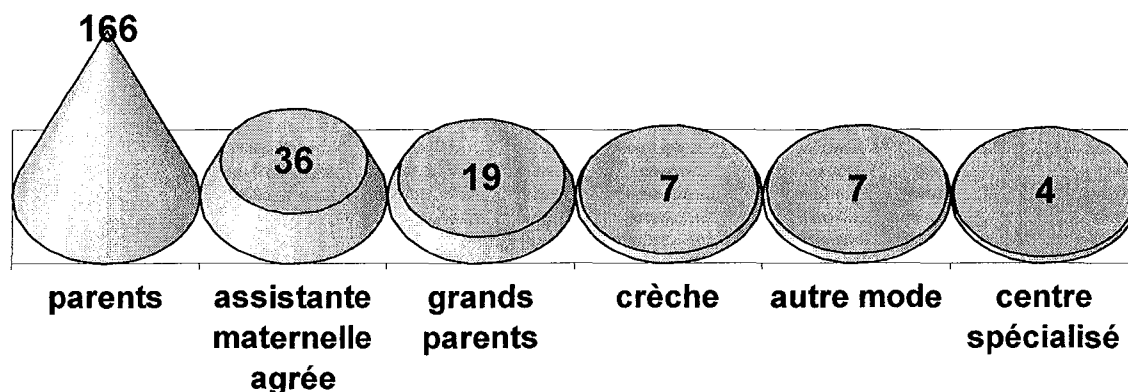
A noter que nous avons assimilé à cette catégorie d'enfants 10 congés de maternité dont le mode de garde ultérieur n'était pas précisé.

15 % vont chez une assistante maternelle agréée (ou en crèche familiale celle-ci ayant été assimilée à l'assistante maternelle en raison de son mode de fonctionnement).

On observe ensuite le rôle important des grands parents qui représentent 8 % des modes de garde.

Seulement 7 enfants sont en crèche collective.

**Figure 12 :
Mode de garde des enfants hospitalisés**



1.2.5 LA PRISE EN CHARGE SOCIALE

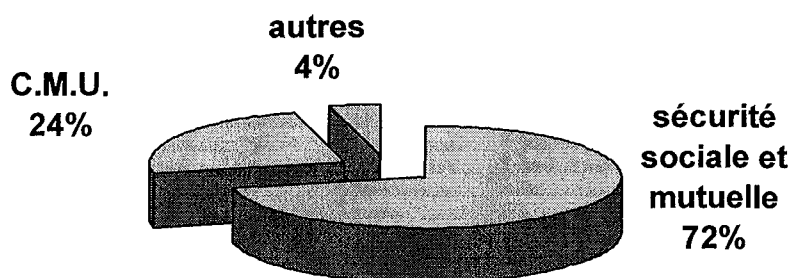
1.2.5.1 La couverture maladie (Figure 13)

La majorité des enfants (71,5 %) bénéficie de la couverture sociale « traditionnelle » (sécurité sociale et mutuelle).

On observe cependant qu'environ un quart des enfants hospitalisés (24,3 %) dépend de la couverture médicale universelle (CMU).

On ne note aucune aide médicale d'Etat.

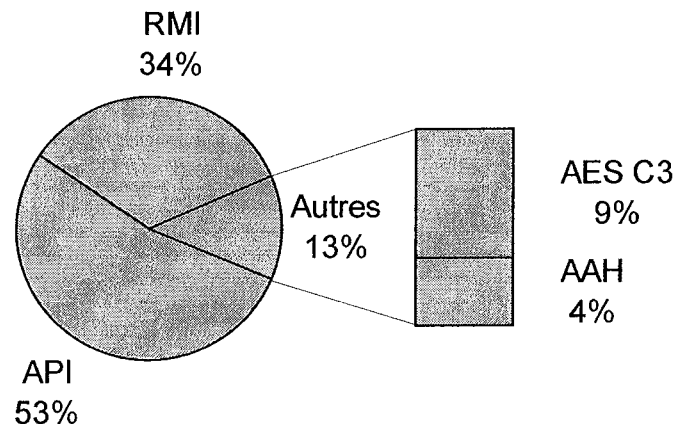
**Figure 13 :
Couverture maladie des enfants hospitalisés**



1.2.5.2 Les aides et minima sociaux (Figure 14)

Les minima sociaux (*définition p.22-23*) concernent 20 % des familles, 10,5 % percevant l'allocation de parent isolé (API), allocation que nous avons définie dans notre étude, en raison de son caractère différentiel, comme représentant le montant garanti c'est à dire le calcul le plus favorable des aides sociales possibles pour l'individu) et 7 % le revenu minimal d'insertion (RMI).

Figure 14 :
Répartition des minima sociaux des enfants hospitalisés



En ce qui concerne les aides sociales (*définition p.22-23*), 83 enfants (35 %) bénéficient d'une aide (allocations familiales ou allocation pour jeune enfant (A.P.J.E.)) ; 90 (37 %) de deux (allocations familiales et A.P.J.E. essentiellement) et 22 (9 %) de 3 (*Annexe 8, p.112*).

Sur les 44 familles ne percevant aucune allocation, 26 bénéficient en fait de minima sociaux (25 de l'A.P.I et 1 du R.M.I.).

Seuls 18 enfants (7,5 %) n'ont donc aucune aide. Pour 3 de ces enfants il s'agit de situations sociales difficiles qui devraient en bénéficier. Dans les autres cas il s'agit d'enfants uniques dont les parents ont des revenus suffisants.

Dans notre étude, les enfants hospitalisés bénéficient donc pour 99 % des aides auxquelles ils ont droit ; 83 % des familles qui ne perçoivent encore aucune aide de l'Etat sont celles avec un seul enfant à charge et des revenus suffisants.

1.2.5.3 Les intervenants sociaux

12 % des familles bénéficient de l'aide d'un intervenant social, une travailleuse familiale en général (22/28). On note 4 familles qui ont une assistance éducative dont 2 ont un tuteur aux prestations familiales.

La puéricultrice de PMI et l'assistante sociale de secteur ont été citées spontanément 3 fois pendant l'étude alors que nous ne les avons pas mentionnées dans le questionnaire. Nous ne pouvons donc montrer ici leur rôle au sein des familles, bien qu'elles représentent sans doute, les intervenants sociaux les plus fréquents.

1.3 L'HOSPITALISATION

Le chiffre de référence est de 274, 20 enfants ayant été hospitalisés 2 fois, 6 enfants 3 fois et 1 enfant 4 fois.

1.3.1 MODE D'ADMISSION ET DURÉE D'HOSPITALISATION

En grande majorité les enfants (78 %) sont admis après une consultation aux urgences, motivée, dans 28 % des cas, par une lettre de leur médecin traitant.

La moitié des enfants hospitalisés n'est donc pas adressée par un médecin.

Les autres hospitalisations (22 %) se font dans le cadre d'un bilan spécialisé lié aux orientations du service (pathologies digestives, nutritionnelles, génétiques).

Pendant la durée de l'étude, on observera une sortie contre avis médical et 6 transferts vers une chambre mère-enfant, ainsi que 2 transferts pour prise en charge spécialisée (cardiologie pour un syndrome de Kawasaki, chirurgie pour une sténose du pylore) pouvant réduire la durée moyenne d'hospitalisation de 3,8 jours, ainsi que des hospitalisations prolongées pour des pathologies chroniques sévères (54 jours maximum) pouvant au contraire l'augmenter artificiellement.

Notre choix s'est donc porté sur la durée médiane des hospitalisations qui est de 2 jours.

Enfin, on note 95 hospitalisations d'une durée inférieure ou égale à une journée (soit 35 % des hospitalisations) pouvant faire discuter l'intérêt d'un service porte aux urgences, et 57 enfants dont l'un des parents est resté constamment présent (20 % des hospitalisations) pouvant être un reflet des demandes de chambre mère-enfant non satisfaites.

1.3.2 MOTIFS D'HOSPITALISATION ET DIAGNOSTICS PRINCIPAUX

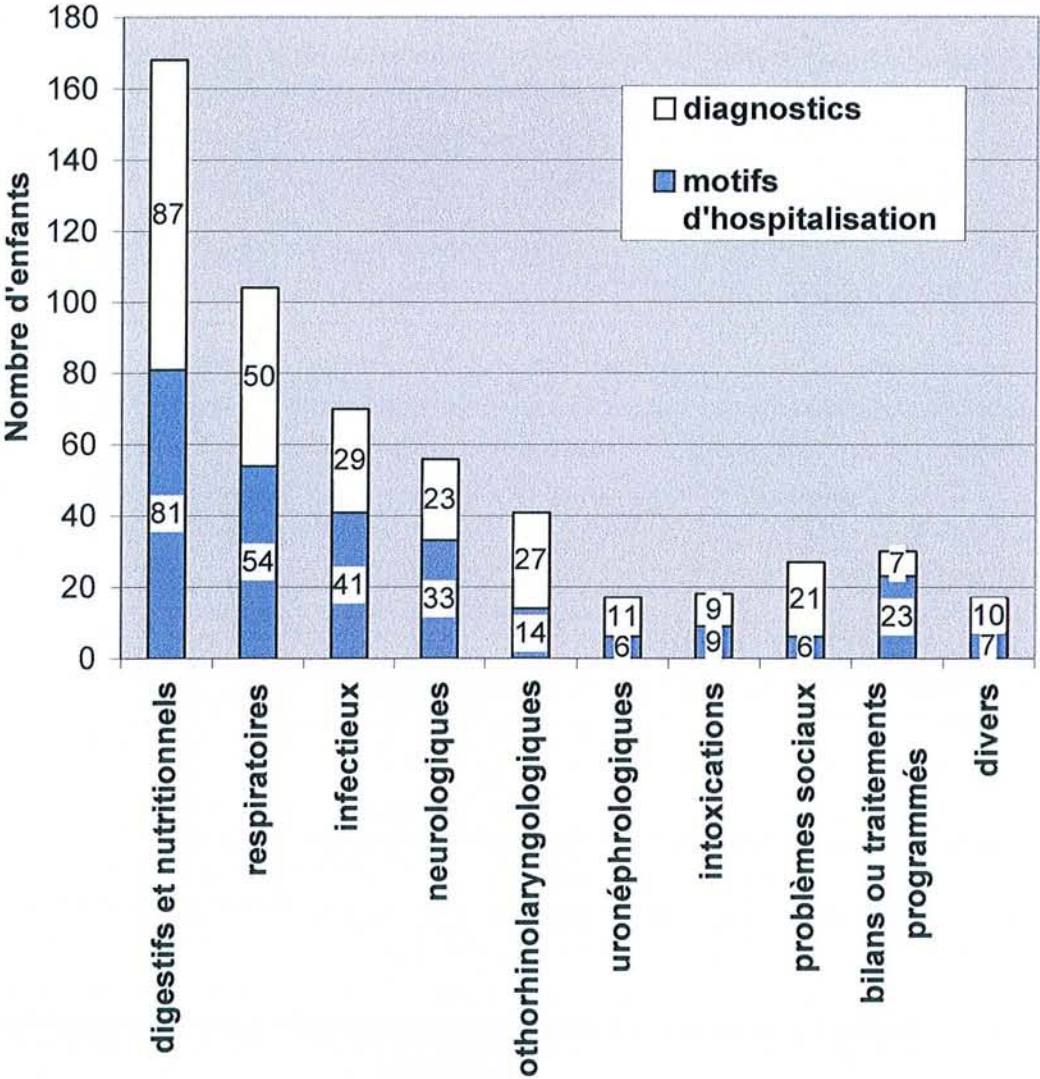
Les principaux motifs d'hospitalisation sont digestifs (30 %) ou respiratoires (19 %).

Les étiologies infectieuses, toutes confondues, représentent près de la moitié des hospitalisations (48 %).

On note 6 enfants hospitalisés d'emblée pour des motifs sociaux et 9 intoxications accidentelles.

Les diagnostics posés sont concordants avec 32 % de pathologies digestives et 18 % de pathologies respiratoires en dehors des pathologies oto-rhino-laryngologiques (ORL) où l'on note deux fois plus de diagnostics posés que de motifs d'hospitalisation (**Figure 15**). De façon inverse, les bilans programmés conduisant en règle à un diagnostic, seul un tiers des motifs d'hospitalisation de cette catégorie y figure encore comme diagnostic.

Figure 15 :
Différence entre motifs d'hospitalisation et diagnostics de sortie par appareil



Le tableau suivant résume l'ensemble des pathologies observées pendant cette étude.

Tableau n°2 : Les pathologies des enfants hospitalisés pendant l'étude

Pathologies digestives et nutritionnelles	Motifs d'hospitalisation	Diagnostics
	81	87
Gastro-entérites aiguës	34	39
Constipation	4	8
Vomissements, RGO., oesophagite, gastrite	26	27
Ictère, cirrhose, hypertension portale (HTP), varices oesophagiennes	3	4
Diarrhées chroniques, syndromes de malabsorption, intolérances aux protéines du lait de vache (IPLV), Crohn	2	3
Anorexie, retard staturopondéral	10	2
Divers	2 *	4 **

* = prolapsus anal, rectorrhagie

** = duplicité digestive, fissure anale, hépatomégalie isolée, sténose du pylore

Pathologies respiratoires	Motifs d'hospitalisation	Diagnostics
	54	50
Bronchite, broncho-pneumopathies aiguës dyspnéiformes pneumopathie	43	40
Inhalation corps étranger	2	0
Pathologies chroniques (asthme, mucoviscidose, pneumopathie interstitielle)	6	7
Divers	3 *	3 *

* = noyade, Œdème aigu pulmonaire de levée d'obstacle, intoxication au CO

Pathologies infectieuses	Motifs d'hospitalisation	Diagnostics
	41	29
Fièvre isolée	30	0
Syndrome viral	0	15
Méningite/encéphalite	5	4
Maladie éruptive	3	5
Infection maternofoetale	2	2
Divers	1 *	3 **

* = dermatite atopique impétiginisée

** = dermatite atopique impétiginisée, Adénite inguinale, cellulite de la face

Pathologies neurologiques	Motifs d'hospitalisation	Diagnostics
		33
Crise convulsive hyper thermique simple	5	10
Convulsion	14	7
Malaise	9	3
Retard psychomoteur	4	1
Divers	1 *	2 **

* = syndrome neurologique aiguë

** = syndrome opso-myoclonique

Pathologies otorhinolaryngologiques	Motifs d'hospitalisation	Diagnostics
		14
Laryngite	7	7
Angine	4	11
Otite	0	6
Ethmoïdite	2	1
Divers	1 *	2 **

* = diastème laryngé postérieur

** = diastème laryngé postérieur, angiome glotto sous glottique

Pathologies uronéphrologiques	Motifs d'hospitalisation	Diagnostics
		6
Cystite	0	2
Pyélonéphrite	3	5
Syndrome néphrotique	2	2
Syndrome hémolytique et urémique	1	2

Intoxications	Motifs d'hospitalisation	Diagnostics
		9

problèmes sociaux	Motifs d'hospitalisation	Diagnostics
		6

Bilans et traitements programmés	Motifs d'hospitalisation	Diagnostics
		23

Divers	Motifs d'hospitalisation	Diagnostics
		7 *

* = choc anaphylactique ; ambiguïté sexuelle ; thrombopénie ; torticolis congénital ; suspicion maladie métabolique ; pleurs

** = thrombocytose ; maladies métaboliques non confirmées (3) ; Accident vasculaire cérébral ; hyperplasie congénitale des surrénales non classique ; plagiocéphalie isolée ; insolation ; syndrome de Kawasaki, scoliose

Les 7 diagnostics demeurant des bilans ou traitements programmés correspondent à 2 changements de gastrostomie chez des malades souffrant d'IMC et à 5 bilans considérés comme normaux.

Enfin le diagnostic de « problème social », posé lorsque l'hospitalisation est liée uniquement à des problèmes sociaux ou éducatifs représente 7,7 % des hospitalisations soit plus de 3 fois plus qu'à l'admission. Il est à noter que dans l'organisation actuelle de l'hôpital d'enfants de Nancy, les suspicions et cas de maltraitance peuvent être hospitalisés dans les services de chirurgie et cette activité n'apparaît donc pas ici.

Nous n'avons pas déterminé la justification ou non des hospitalisations, donnée difficile à définir même dans le cadre d'une étude prospective, cette notion étant fortement subjective et donc variable selon les différents intervenants.

Nous avons simplement noté que 8 hospitalisations (soit 3 % des hospitalisations) sont liées à un problème éducatif ou à une angoisse parentale sans pathologie sous-jacente ni problèmes socio-familiaux nécessitant une prise en charge.

Par ailleurs, on peut certainement considérer comme injustifiées les hospitalisations de moins de 24 heures liées aux infections O.R.L. simples dont le diagnostic n'a pas été fait lors de l'examen initial aux urgences. Au nombre de 15 (5,5 % des hospitalisations), elles posent le problème du coût de l'isolement fréquent des internes à l'accueil des urgences.

1.3.3 PLACE DES HOSPITALISATIONS « SOCIALES »

Les hospitalisations « **sociales d'emblée** » représentent **20 % des hospitalisations** et sont définies comme telles pour la moitié environ en raison du contexte social, pour 20 % en raison de l'attitude parentale, et pour 33 % en raison de la clinique dont la moitié liée au diagnostic d'intoxication par ingestion accidentelle, médicamenteuse ou non, considéré dans notre étude comme un motif social d'hospitalisation.

45 % de ces hospitalisations dites « sociales d'emblée » seront considérées aussi comme sociales pendant l'hospitalisation.

Par ailleurs 45 hospitalisations (**16,5 % des hospitalisations**) sont considérées comme « **sociales pendant l'hospitalisation** ».

En effet, en raison du jeune âge des enfants et compte tenu de nos résultats (84 % des parents ont été présents au minimum une fois par 24 heures), nous avons considéré comme un indice de « risque social » une présence

effective inférieure ou égale à une fois par 48 heures malgré certains contextes socio-familiaux (enfants multiples, enfants placés) pouvant subjectivement excuser une telle absence et même si la prise de contact téléphonique était quotidienne ; 35 enfants sont dans ce cas.

Pour la présence téléphonique, 65 % environ de dossiers indiquent un appel au moins quotidien et 13 dossiers montrent une absence effective et téléphonique.

En raison de l'absence de vérification possible (peu d'appel notés effectivement dans les dossiers médicaux et infirmiers) et l'évaluation de cette donnée en fin d'hospitalisation semblant subjectivement liée au caractère social ou non de l'hospitalisation, ces résultats n'ont pas été pris en compte.

A noter qu'un enfant étant en vacances chez ses grands parents pendant l'étude, ceux-ci ont été assimilés aux parents en ce qui concerne l'attitude initiale et la présence.

En ce qui concerne la prolongation non justifiée médicalement des hospitalisations pouvant aboutir à un hospitalisme affectif, 14 hospitalisations ont une durée réelle d'hospitalisation plus importante que la durée justifiée par la clinique et ces enfants ont donc été inclus dans cette population dite « sociale pendant l'hospitalisation ». Dans la moitié des cas, il existait déjà un contexte de difficultés socioéconomiques.

En conclusion, 75 hospitalisations sont considérées comme sociales d'emblée et/ou pendant l'hospitalisation ce qui correspond à **27 % des hospitalisations**.

1.4 L'ÉVALUATION DU TRAVAIL PSYCHOSOCIAL

48 dossiers (17,5 % des hospitalisations) ont été signalés à l'assistante sociale dont 27 au cours de la réunion hebdomadaire.

Elle a rencontré dans ce cadre onze familles et a pu joindre elle-même la PMI dans 23 cas sur les 33 dossiers (12 % des hospitalisations) qui ont nécessité une telle liaison.

Il est à noter que certains enfants hospitalisés au cours du week-end uniquement et qui auraient dû bénéficier d'une prise en charge n'ont pu être signalés ni à l'assistante sociale du secteur hospitalier, ni à la PMI.

Ces chiffres mettent en valeur non seulement le rôle de l'assistante sociale dans le service mais aussi la place de la PMI prédominante en aval et en amont de ces hospitalisations sociales.

Seuls 2 enfants ont rencontré la psychologue du service, mais cette consultation a été refusée deux fois par les parents.

Enfin 2 enfants ont nécessité une prise en charge pédopsychiatrique.

40 familles (14,6 % des hospitalisations) ont bénéficié d'un entretien spécifique et formalisé avec un médecin (chef de clinique ou praticien hospitalier) au cours de l'hospitalisation, en général en raison de la pathologie des enfants.

Par ailleurs l'évaluation psychosociale ou la prise en charge médicale a nécessité une prise de contact avec le médecin traitant dans 11 cas (4 % des hospitalisations).

On note qu'une majoration du temps d'éducation par le personnel médical et para-médical n'est signalée que dans 14 cas (soit 5 % des hospitalisations), sans doute du fait de la difficulté d'évaluation de ce critère très subjectif.

36 dossiers (13 % des hospitalisations) ont abouti à la poursuite ou à une nouvelle prise en charge sociale dont 3 strictement en raison de leurs pathologies.

2. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DES HOSPITALISATIONS « SOCIALES »

Comme nous l'avons vu précédemment, 75 hospitalisations sont concernées. Cependant en raison d'une erreur de saisie des données concernant les hospitalisations « sociales pendant l'hospitalisation », seuls **66 dossiers, soit 59 enfants**, ont pu être analysés.

A noter que 2 enfants ré-hospitalisés qui avaient présenté au moins une hospitalisation considérée comme sociale ont été considérés comme appartenant à cette population.

2.1 L'ÂGE, LE SEXE ET LA NATIONALITÉ

L'âge moyen est de 16 mois mais la médiane est de 10,5 mois avec toujours une prédominance des moins de 1 an (52 %) et surtout des moins de 6 mois (38 %). Le pic d'hospitalisation se situe plutôt au troisième mois de vie.

La prédominance masculine a presque disparu avec seulement 50,8 % de garçons.

95 % des enfants sont français. Les 3 enfants étrangers sont de nationalité congolaise, marocaine et turque.

2.2 LES ANTÉCÉDENTS NÉONATAUX ET D'HOSPITALISATION

18 % des enfants ont des antécédents de prématurité (de 28 à 36 S.A. avec une proportion importante d'enfants nés à 32 S.A.) et 25 % ont été hospitalisés à la naissance.

Par ailleurs, 52 % ont déjà été hospitalisés en dehors de la période néonatale, la plupart (18/31) avant 1 an mais certains avant et après 1 an (11/31).

On retrouve les 2 facteurs de risque d'hospitalisations multiples que sont la prématurité (8/11) et l'hospitalisation néonatale (12/15) même en l'absence de toute prématurité (5/6).

On note 27 % d'enfants porteurs d'une pathologie chronique selon notre définition, et 56 % de ces enfants sont hospitalisés en raison de cette pathologie.

Ces hospitalisations représentent donc 13,6 % des hospitalisations de cette population.

2.3 LE SUIVI MÉDICAL ET LE STATUT VACCINAL

Les enfants sont essentiellement suivis par un médecin généraliste (32 %) ou un pédiatre (27 %) et certains par les 2 (9 %). On note enfin 27 % des enfants suivis par la PMI seule ou en association avec un médecin. Un seul des enfants n'a aucun suivi.

Soixante treize pour cent des enfants sont à jour des vaccinations selon les recommandations officielles.

Quinze enfants ne remplissent donc pas leurs obligations vaccinales, dont la moitié pour une seule injection.

2.4 LA FRATRIE ET LES ANTÉCÉDENTS DE PLACEMENT

La fratrie moyenne est de 1,3 avec une médiane de 1, le type de famille le plus fréquent étant celui avec 2 enfants. On note ensuite 34% de familles nombreuses et 25 % d'enfants uniques.

On ne peut tenir compte des antécédents de placement (6 dans la fratrie et 5 des enfants hospitalisés), ceux-ci étant en général un critère d'entrée dans la population dite « sociale ».

2.5 LES PARENTS : ÂGE, PROFESSION, LIEU DE NAISSANCE, STATUT CONJUGAL

L'âge des pères varie de 19 à 61 ans avec un âge médian de 31 ans.

Les mères sont plus jeunes (de 19 à 44 ans), avec une médiane à 28,5.

83 % des pères et 88 % des mères sont nés en France (dont le tiers environ à Nancy). On note 5 (soit 8 %) pères dont le lieu de naissance est inconnu (soit près de la moitié des dossiers où cette donnée manque) probablement en raison de la forte proportion de mères isolées qui ne connaissent pas toujours cette information.

Sur le plan professionnel, les pères sont majoritairement des ouvriers (34 %) et l'on note 29 % d'inactifs.

Les mères, elles, sont considérées à 88 % comme inactives, 43 étant au foyer (73 %) et 8 en congé parental (13,5 %).

En ce qui concerne le statut conjugal, 67 % des parents de cette population vivent en couples stables (36 % de mariages et 31 % d'unions libres).

Trente pour cent des enfants vivent donc en familles monoparentales (15 % des parents étant célibataires et 15 % divorcés ou séparés).

2.6 LE CONTEXTE SOCIAL : HABITAT, MODE DE GARDE

Les enfants vivent essentiellement en appartement (39 %) mais 24 % vivent en HLM et 7 % en logement social.

Les types de logement les plus fréquents sont le F3 (29 %) ou le F4 (27 %), le nombre médian de pièces par logement étant de 4 en raison des 25 % de logement plus grands. Le type de logement n'est pas précisé dans 10 % des cas.

Le nombre moyen de personnes par pièce est de 1,15 (médiane à 1).

Le mode de garde essentiel est parental (75 %) et grand parental (10 %). Seuls 2 enfants vont à la crèche et 3 chez une nourrice agréée.

2.7 LA PRISE EN CHARGE SOCIALE : COUVERTURE MALADIE, AIDES, MINIMA ET INTERVENANTS SOCIAUX

La couverture maladie classique (sécurité sociale et mutuelle privée) est prédominante, mais 43 % des enfants bénéficient de la CMU et 10 % d'un autre régime.

Les minima sociaux concerne 40 % de la population, la moitié de ces familles bénéficiant de l'API et le tiers du RMI.

En ce qui concerne les aides sociales, 36 % des familles bénéficient d'une allocation (pour la moitié il s'agit des allocations familiales et pour l'autre moitié de l'APJE), 39 % de deux (pour les deux tiers il s'agit des allocations familiales et de l'APJE), et 12 % de trois. Sur les 8 enfants qui ne bénéficient pas d'aide familiale, 3 bénéficient de minima sociaux et 2 sont enfants uniques avec des parents aux revenus jugés suffisants.

Enfin, 32 % des familles bénéficient de l'aide d'un travailleur social, une travailleuse familiale dans la moitié des cas.

2.8 L'HOSPITALISATION : MODE D'ADMISSION, DURÉE, PATHOLOGIES, TRAVAIL PSYCHOSOCIAL

83 % des enfants ont été hospitalisés une fois, 11 % 2 fois, 5 % 3 fois (soit 16 % de re-hospitalisations).

Le mode d'admission comporte 51 % d'entrées directes et 26 % par l'intermédiaire d'un médecin.

La durée moyenne de l'hospitalisation est de 5,6 jours mais la médiane plus proche de la réalité est de 3 jours. La durée moyenne médicalement justifiée (3,7 jours) est inférieure de 1 jour à la durée moyenne non médicalement justifiée (4,7 jours) en raison des hospitalisations prolongées pour raisons sociales incluses dans cette population.

Les motifs d'hospitalisation sont essentiellement digestifs (27 %), respiratoires (14 %) et neurologiques (15 %). On note 9 intoxications accidentelles en raison du caractère « social d'emblée » de ces hospitalisations et les 6 hospitalisations pour motif social de la population totale.

Les diagnostics posés sont concordants en dehors de la nette diminution des diagnostics neurologiques (5 %) mais aussi digestifs (23 %) en raison des hospitalisations pour retard psychomoteur et statur pondéral qui se révèlent sociales portant le diagnostic de « problème social » à 24 % pour cette population.

Ces hospitalisations considérées comme « sociales » ont pu bénéficier dans 60 % des cas d'une liaison avec l'assistante sociale du service (32 % en urgence et 29 % au cours de la réunion hebdomadaire) qui a établi une liaison avec la PMI dans plus de la moitié des cas et a rencontré 6 familles. Dans un quart des cas une liaison a été établie directement avec la PMI et dans 5 cas la liaison a été faite avec le médecin traitant.

Près de 14 % des familles ont rencontré un médecin du service, et aucune la psychologue.

On note 36 % d'hospitalisations où il existe une majoration du temps d'éducation et 47 % où une prise en charge sociale a été décidée à la sortie.

4^{ème} partie :

DISCUSSION

1. LES LIMITES DE L'ÉTUDE

Bien que prospective, cette étude s'avère très incomplète pour plusieurs raisons.

1.1 LA PÉRIODE DE RECUEIL

Elle n'est que de trois mois et de surcroît pendant l'été.

Ceci permet de ne pas prendre en compte la population liée uniquement aux épidémies hivernales, mais ne permet pas d'étudier une partie de la population sociale (aux conditions de chauffage ou de logement inadéquates) et une partie de la population du département en raison des vacances scolaires.

Cette période a ainsi été définie en raison d'un souci de recueil maximal des données correspondant à notre stage dans le service.

1.2 LA POPULATION

Elle n'est constituée que d'enfants de 0 à 4 ans, âge extrêmes (à une exception près pendant l'étude), des enfants hospitalisés dans le service choisi.

1.3 LES DONNÉES DU QUESTIONNAIRE

Certaines données sont absentes, en particulier l'adresse des familles, ce qui impose de se référer à la seule population du département de Meurthe et Moselle pour les données comparatives. On note que lors d'une étude en 1992, 64% des enfants de 0 à 5 ans hospitalisés à l'Hôpital d'Enfants résidaient dans le département (66). On ne peut pas non plus définir l'environnement médical de ces enfants (distance domicile médecin, domicile hôpital).

De même, la santé des parents, qui apparaît comme un facteur important d'hospitalisation sociale dans l'étude similaire de 1973 (1), n'a pas été précisée ainsi que le rang que l'enfant hospitalisé occupe dans sa fratrie.

Par ailleurs, on ne connaît pas non plus l'identité de la personne accompagnant l'enfant ni celle du médecin adressant l'enfant (Médecin traitant, remplaçant, médecin de garde) ce qui aurait permis sans doute de reconsidérer certaines hospitalisations considérées comme sociales d'emblée en raison de la clinique ou du comportement parental.

De même, les modalités de la prise en charge hospitalière (thérapeutiques, bilans...) ne sont pas connues et il nous est donc impossible de définir la

justification médicale de l'hospitalisation. Nous reviendrons plus tard sur ce point.

Enfin, les modalités de sortie (domicile, placement...) ne sont pas connues, en particulier pour les hospitalisations ayant bénéficié d'une prise en charge sociale.

1.4 LE RECUEIL

Certaines réponses, concernant les aides et minima sociaux, se sont avérées erronées et ont du être reconsidérées secondairement à la lumière des autres paramètres familiaux et sociaux avec le concours de l'assistante sociale du service (par exemple : APJE et non APE quand un seul enfant et pas de congé parental signalé).

Elles soulignent la méconnaissance des parents mais aussi du personnel médical et para-médical en ce qui concerne les droits sociaux.

1.5 LA MÉTHODOLOGIE

Pour le mode de regroupement des diagnostics par appareil, nous n'avons pas utilisé les Catégories Majeures de Diagnostic utilisées pour le projet médical de soin informatisé (PMSI), certaines études (67) ayant mis en évidence la difficulté d'un codage pertinent et homogène.

Le classement utilisé ne fait l'objet d'aucun consensus et se réfère plutôt à notre pratique médicale et à l'étude de 1973 (1) afin de permettre des comparaisons évolutives.

Il ne permet donc pas de comparaison avec d'autres études ayant utilisé la classification internationale des maladies (34).

De même la part du caractère « social » ou non d'une hospitalisation est difficile à appréhender scientifiquement en raison de sa forte teneur subjective. Nos définitions, malgré certaines données objectives, et donc nos résultats ne peuvent donc être valables que pour cette étude.

2. LES SPÉCIFICITÉS DES ENFANTS HOSPITALISÉS ET DE LEURS FAMILLES

Il s'agit bien sûr de tendances qui se dessinent et non de résultats, le nombre de famille étudiées dans notre étude étant insuffisant.

2.1 PAR RAPPORT À LA POPULATION DU DÉPARTEMENT ET DE LA RÉGION

Nous avons tenté de définir certaines caractéristiques socio-économiques pour l'ensemble de la population hospitalisée, nous permettant de mieux appréhender la place de l'hôpital au sein du dispositif de soins pédiatriques en 2001.

Cela est possible en comparant les résultats obtenus pour la population totale des enfants hospitalisés lors de notre étude à ceux de la population du département de Meurthe-et-Moselle (2) mais aussi de la région Lorraine obtenus lors du recensement de 1999 et exposés dans la première partie de ce travail.

Ainsi, des parents nés à l'étranger semble favoriser l'hospitalisation, seuls 84 % des parents dans notre étude (77 % des pères et 85,8 % des mères) étant nés en France (2). A l'inverse, 98,7 % des enfants hospitalisés sont français par leur naissance, la nationalité étrangère ne semblant pas être un facteur d'hospitalisation (2).

Sur le plan de l'activité professionnelle, on note près de deux fois moins d'inactifs (chômeurs, étudiants, au foyer) chez les pères des enfants hospitalisés que dans la population concernée (2).

Cette tendance s'inverse chez les mères avec seulement 33 % de femmes actives dans notre étude (2).

Mais le faible niveau d'activité professionnelle des femmes de notre étude est comparable à la baisse du niveau d'activité des femmes du même âge en Lorraine (3).

Les secteurs d'activité des parents dans notre étude sont comparables avec 84 % des femmes (santé, action sociale, commerce, éducation) et 55 % des hommes (commerce transport service) qui occupent un emploi dans le tertiaire en 1999 (4).

La comparaison montre également que le nombre moyen d'enfants par femme dans notre étude est supérieur (2,2) (4), ceci semblant lié au fort taux d'enfants hospitalisés (36 %), issus de familles nombreuses dans notre étude. Nous reviendrons sur ce point un peu plus loin.

Il ne semble pas y avoir un recours significativement plus fréquent à l'hospitalisation en raison du jeune âge de la mère, l'âge moyen étant le même en Lorraine et dans notre étude (4).

Dans notre étude 49 % des enfants sont légitimes, ce qui est concordant avec la population du département (2). En ce qui concerne les célibataires la plus grande partie de ceux qui ont un enfant vivent maritalement puisque l'on ne compte que 15 % de familles monoparentales dans notre étude (2).

Aucune autre comparaison n'est possible, les structures familiales par département issues du recensement de 1999 n'étant pas encore disponibles.

En ce qui concerne l'habitat, le surpeuplement semble être un facteur d'hospitalisation (2) ainsi que la qualité du logement.

Ainsi, 57 % des enfants vivent en immeubles collectifs contrairement à la moitié des enfants du département (5).

Sur le plan social, nos résultats ont été comparés aux chiffres fournis par la DRASS Lorraine (65).

Seuls 3 % des enfants sont gardés en crèche ou halte garderie dans notre étude.

24,3 % des enfants hospitalisés sont sous le régime de la CMU soit près de 4 fois plus que la population du département.

Pour l'API, on trouve un chiffre environ 10 fois plus important de femmes la percevant que celui du département.

De même, le nombre de personnes bénéficiant du RMI est environ 2 fois plus important.

On peut donc penser que les familles et les mères isolées en difficultés socio-économiques ont plus souvent recours à l'hospitalisation.

En conclusion et vis à vis de la population du département, les familles des enfants hospitalisés de 0 à 4 ans vivent le plus souvent en appartement, surpeuplé, et présentent des difficultés socio-économiques leur permettant de bénéficier de la CMU (*Annexe 9, p.113*) et de minima sociaux. Les parents sont plus fréquemment nés à l'étranger. Les pères travaillent deux fois plus souvent que les hommes du département de la même tranche d'âge et les mères en général n'aient pas de profession (se sont aussi plus souvent des mères isolées) et gardent leurs enfants au domicile.

2.2. PAR RAPPORT À LA POPULATION PÉDIATRIQUE EN FRANCE

En comparant nos résultats aux données nationales, qui ne tiennent plus compte de la spécificité géographique et économique du département, nous avons approfondi quelques données qui nous ont semblé intéressantes.

Sur le plan de la nationalité, par exemple, le peu d'enfants étrangers retrouvés dans notre étude peut correspondre au problème de discrimination dans l'accès aux soins (6).

Sur le plan du *sex ratio*, la prédominance masculine est très marquée dans notre étude (60,7 %) ce qui semble confirmer la tendance de la littérature, les enfants de sexe masculin étant plus fréquemment hospitalisés (66).

Sur le plan vaccinal le taux de couverture vaccinale contre la tuberculose est plus faible chez les enfants hospitalisés dans notre étude (88 %) (8). Or 60 % des enfants non vaccinés à 4 ans ne le seront toujours pas à 6 ans (8). Si l'on souhaite poursuivre le protocole recommandé, il est donc préférable de vacciner ces enfants lors de leur hospitalisation.

En ce qui concerne la fratrie, on note une forte proportion d'enfants uniques dans notre étude (30 %) qui concerne les 0-4 ans et où 67 % des mères sont inactives. Cette différence vis à vis des résultats nationaux (7) est sans doute liée à l'inexpérience et à l'angoisse des parents d'un premier enfant.

Par ailleurs nous avons pu remarquer lors de la comparaison aux chiffres de la région que l'on notait un fort taux (36 %) de familles nombreuses dans notre étude.

Pour ce qui est de l'âge parental, on note que les parents de notre étude sont plus jeunes avec 29 ans pour les mères et 31,5 ans pour les pères mais que les enfants aussi sont plus jeunes dans notre étude (7).

En ce qui concerne l'activité professionnelle, on note 11,6 % de pères inactifs inoccupés dans notre étude, chiffre légèrement supérieur aux pères d'enfants de moins de trois ans en France (7). Ce taux d'inactivité peut être lié au fait que les employés et les ouvriers, catégories socioprofessionnelles les plus fortement représentées dans notre étude, sont deux à trois fois plus touchés par le chômage que les catégories supérieures (68).

Dans notre étude la catégorie des cadres et professions intermédiaires est sous représentée (28 %) (7) au profit des ouvriers (57 %) mais aussi des non salariés (14 %), catégorie qui semble avoir été surévaluée en raison de l'absence

de précision du statut de la profession de certains ouvriers (maçon par exemple) considérés dans le doute comme artisan.

Chez les mères, si l'on note dans notre étude une majorité d'employées chez les femmes actives comme au niveau national (11), le taux de mère inactives (67 %) est nettement supérieur (12).

Ce fort taux d'inactivité semble être lié à l'augmentation du temps parental maternel (enfants jeunes, nombreux et plus fréquemment de sexe masculin (13)) des femmes de notre étude.

On peut par ailleurs noter le rôle de l'APE, près de 24 % des mères de notre étude en bénéficiant, la moitié d'entre elles étant des employées. Cette tendance est retrouvée dans la littérature (14).

Mais ce faible taux d'activité peut aussi être spécifique de la population qui a recours à l'hospitalisation car il reflète un certain niveau de pauvreté de ces familles (9).

Pour le statut conjugal, on note deux fois plus de familles monoparentales dans notre étude (15 %) probablement en raison de leurs difficultés socio-économiques (9, 15).

Pour le logement, on peut penser à une sur-représentation des enfants en logements sociaux puisque 7 enfants de notre étude (2 étant dans des établissements spécialisés en raison de leurs handicap) y vivent (16).

En ce qui concerne le mode de garde, 70 % des enfants de notre étude sont gardés par leurs parents ce qui traduit un certain niveau de pauvreté (17).

Sur le plan de la prise en charge sociale, on ne retrouve que 6 % d'enfants ne bénéficiant pas de prestation familiales dans notre étude malgré le fort taux d'enfants uniques, la majorité de ces enfants bénéficiant de l'API. Cette allocation est par ailleurs majoritaire (50 %) dans notre étude vis à vis des autres minima sociaux alors que sur le plan national, elle est minoritaire (19). Cette différence est probablement liée à la population étudiée qui concerne les parents d'enfants de moins de quatre ans souvent en difficulté socio-économique (20).

On note également un taux plus important de RMI en raison du jeune âge des parents, souvent sans activité antérieure, ou des restrictions du droit au chômage qui depuis 1992 ont augmenté ce recours (69).

Cette étude nous a donc permis non seulement de décrire la population des enfants de moins de quatre ans hospitalisés dans un service de pédiatrie mais aussi de mettre en évidence le rôle social de l'hôpital pédiatrique.

En effet, des études récentes ont montré que le niveau de vie moyen des enfants, estimés à partir de la 3^{ème} vague du panel européen des ménages (1995),

est plus faible que le niveau de vie moyen national et que le taux de pauvreté est ainsi plus important en France chez les enfants (18 %) que dans l'ensemble de la population (16 %) (9). Ce risque de pauvreté est lié de façon déterminante aux deux variables que sont la structure et l'activité du ménage (9).

Le niveau de vie et de pauvreté des enfants de moins de 16 ans est un indicateur important (dans les pays anglo-saxons notamment) pour définir les objectifs des politiques sociales. Peu de données bibliographiques médicales sont disponibles sur les données socio-économiques des ménages dans lesquels vivent les enfants hospitalisés en France. Or notre étude nous montre que les enfants hospitalisés font partie des familles ayant le plus de chances de présenter des difficultés socio-économiques, puisque l'on retrouve un taux important de familles nombreuses ou monoparentales et de mères au foyer.

Nous pensons que cette étude peut être utile pour conforter l'hôpital dans sa fonction sociale et redéfinir les moyens et les objectifs à atteindre pour y parvenir.

2.3 PAR RAPPORT AUX RÉSULTATS D'AUTRES **ÉTUDES**

Nous comparons nos résultats à ceux des études signalées au début de ce travail.

On retrouve dans notre étude une forte proportion d'enfants de moins de 6 mois (25), plutôt de sexe masculin (26) et un taux d'hospitalisation antérieure comparable (27).

Sur le plan de la nationalité, notre étude note un taux de 13 à 18 % d'enfant d'origine étrangère, taux considérablement inférieur aux chiffres connues aux urgences (34), différence liée comme nous l'avons vu aux difficultés d'accès aux soins de cette population dans les structures extra-hospitalières (24), mais aussi sans doute à une certaine discrimination dans l'accès à l'hospitalisation elle-même (6).

En ce qui concerne les parents, le taux important de familles monoparentales (28) est retrouvé dans notre étude (15 %) ainsi que la forte proportion de pères employés ou ouvriers (37, 34) et de mères au foyer (25). Le taux de mères considérées comme inactives est particulièrement important pour nos hospitalisations sociales, ce qui va à l'encontre des conclusions de Guyot en 1977 (38).

Enfin, si le suivi médical existe pour presque tous les enfants de notre étude, il semble ici aussi insuffisant (21, 51), pour la gestion des urgences

ressenties par les familles, puisque l'on compte 50 % d'entrées directes, malgré l'examen aux urgences (21).

Enfin, **les motifs et diagnostics** retrouvés chez les enfants hospitalisés dans notre étude sont similaires (25).

Les particularités socio-économiques et médicales des enfants hospitalisés dans notre étude sont donc sensiblement les mêmes que celles retrouvées dans divers hôpitaux.

3. L'ÉVOLUTION DES RÉSULTATS DEPUIS 1973

Nous avons donc pu, grâce à l'étude effectuée à Nancy en 1973 (1), comparer nos résultats et constater, malgré l'amélioration des conditions de vie des enfants en 30 ans, la persistance du rôle social de l'hôpital auprès des populations en difficulté socio-économique ainsi que l'évolution des caractéristiques de l'hospitalisation.

Nous avons établi ces comparaisons grâce à un test de χ^2 (p statistique montrant une différence significative si $< 0,05$) entre les données communes de notre population d'enfants de moins de deux ans et les enfants hospitalisés en 1973 dans le service correspondant de Pédiatrie de Nancy.

En 2001, les enfants de moins de 2 ans sont au nombre de 183 soit 209 hospitalisations (76 % de la population de notre étude).

Le tableau ci-après résume les principaux points de comparaison étudiés (*Nota bene* : les « p statistique » significatifs sont indiqués en caractères gras).

Tableau n°3 : Les différents résultats concernant les enfants hospitalisés en 1973 et 2001 à Nancy

Critères de comparaison	Année 1973	Eté 2001 (0 à 2 ans)	p statistique
Age : Proportion de moins de 3 mois (%)	40,8	26	10⁻⁵
Sex ratio : Proportion de garçons (%)	59,3	61,7	0,54
Prématurité (%)	12,5	10,9	0,57
Antécédents d'hospitalisation néonatale (%)	29,1	23,5	0,12
Enfants à jour à l'entrée dans le service pour les vaccins (%) :			
- BCG	68,2	88	10⁻⁸
- tétra ou pentavalent	36,3*	83,6**	0
- antivariolique	19,9	0	

*tétravalent : D T Coq Polio **pentavalent : D T Coq Polio Haemophilus

Critères de comparaison	Année 1973	Été 2001 (0 à 2 ans)	p statistique
Parents de nationalité française (%)	83,6		0,02
Parents nés en France (%)		83,4 %	
Âge moyen des parents :			
- du père (années)	28,7	31	
- de la mère (années)	25,9	29	
- moins de 20 ans (%)	11,3	0	
Profession des parents :			
- pères ouvriers (%)	60,6	42	10⁻⁵
- mères au foyer (%)	63	50	10⁻⁴
Statut conjugal :			
proportion de parents mariés (%)	85,5	45,4	0
Nombre moyen d'enfant par famille :	2.5	2.2	
- enfant unique (%)	38,8	32	0,09
- de 2 à 4 enfants (%)	50	64	7x10⁻⁴
- plus de 5 enfants (%)	11,2	4	3x10⁻³
Logement :			
- maison individuelle (%)	20,3	36	1,7x10⁻³
- immeuble hors H.L.M. (%)	19,4	39,4	8,5x10⁻³
- H.L.M. (%)	33,2	18,6	0
- manque de confort *** (%)	6,5	3,3	0,01
- nombre de personne par pièce	1,32	1	

***logement exigu ou bruyant en 2001, non précisé en 1973

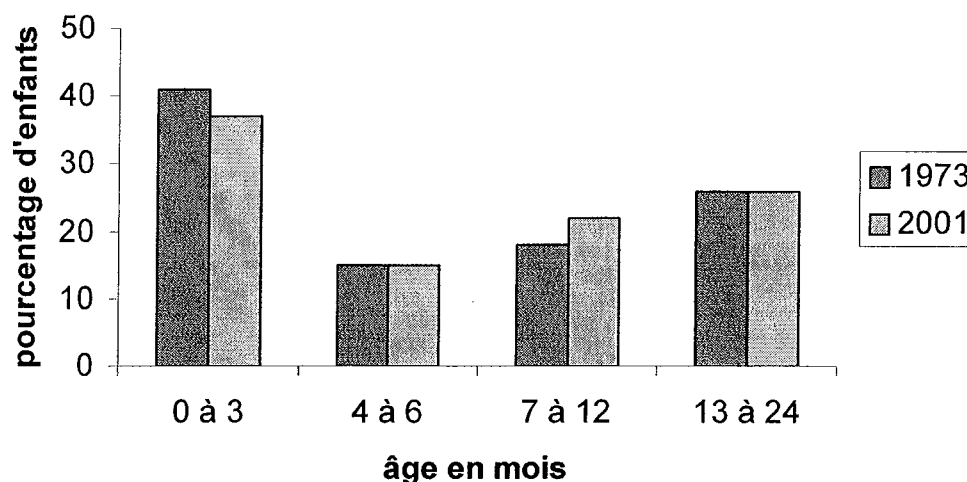
Critères de comparaison	Année 1973	Eté 2001 (0 à 2 ans)	p statistique
Ré-hospitalisation (%)	15	13	0,53
Mode d'admission :			
- par un médecin (%)	52	29	0
- entrée directe (par les urgences) (%)	14,7	50	0
- entrée directe programmée et transfert (%)	33,2	21	6×10^{-4}
Durée moyenne d'hospitalisation (jours)	12,2	3,9	
Motifs sociaux isolés (%)	2,5	1,6	0,4
Diagnostics :			
- problèmes sociaux (%)	10,2	8,1	0,4
- maladie infectieuse (toutes étiologies confondues) (%)	38,3	53	10^{-5}
- intoxication (%)	4	2,9	0,9
Proportion d'enfants recevant plus d'une visite par 48 heures (%)	31,3	96,2	0
Lien avec P.M.I. (%)	19,2	13,9	0,07
Enfants à haut risque social (%)	23,6	24	0,9

3.1 SUR LE PLAN MÉDICAL

Si l'on note un taux plus important de garçons dans les 2 études, l'âge moyen est supérieur (8 mois) en 2001 qu'en 1973 (plutôt 5 mois), en partie en raison du plus fort pourcentage d'enfants de moins de 3 mois à cette époque (**Figure 16**).

La diminution de ces enfants de moins de 3 mois et des antécédents de prématurité peut correspondre aux modifications d'organisation des services de pédiatrie à Nancy. En effet 29.1 % des enfants de l'enquête de 1973 sont des enfants hospitalisés à la naissance dont la moitié pour prématurité. Or, comme nous l'avons précisé dans le cadre de notre étude (page 32) ces enfants sont actuellement hospitalisés en règle générale en néonatalogie à la maternité régionale. Nous ne disposons pas du taux des enfants hospitalisés de 0 à 1 mois en 1973 pour pouvoir l'affirmer. Par ailleurs, actuellement, les nourrissons de moins de 1 mois sont plus facilement hospitalisés en réanimation pédiatrique, ce qui peut expliquer leur faible pourcentage dans le service de l'étude.

Figure 16 :
Répartition par tranche d'âge des enfants de moins de deux ans hospitalisés dans les deux études.



Par ailleurs la prématurité et les antécédents d'hospitalisation néonatale sont toujours des facteurs de risque d'hospitalisation. Ainsi, dans notre étude, un enfant né prématurément et hospitalisé en période néonatale est dans 77% des cas hospitalisé au moins deux fois avant l'âge de 2 ans.

En ce qui concerne les antécédents d'hospitalisation en dehors de la période néonatale, dans notre étude, on retrouve un chiffre nettement supérieur (43 %) à celui de 1973 pouvant refléter un certain nombre d'enfants hospitalisés de multiple fois avant l'âge de deux ans (dont 28 % pour une pathologie chronique).

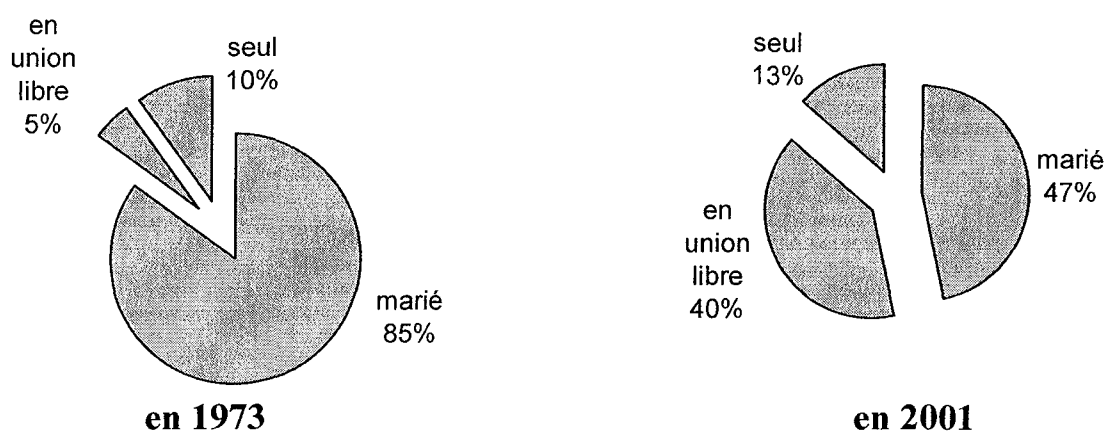
Il ne nous est malheureusement pas possible de comparer le suivi médical des enfants (médecin généraliste, pédiatre ou autre) les données de 1973 n'étant pas disponibles.

Enfin on note une nette augmentation de la couverture vaccinale avec 82,5 % des enfants à jour des recommandations officielles.

3.2 SUR LE PLAN FAMILIAL ET SOCIAL

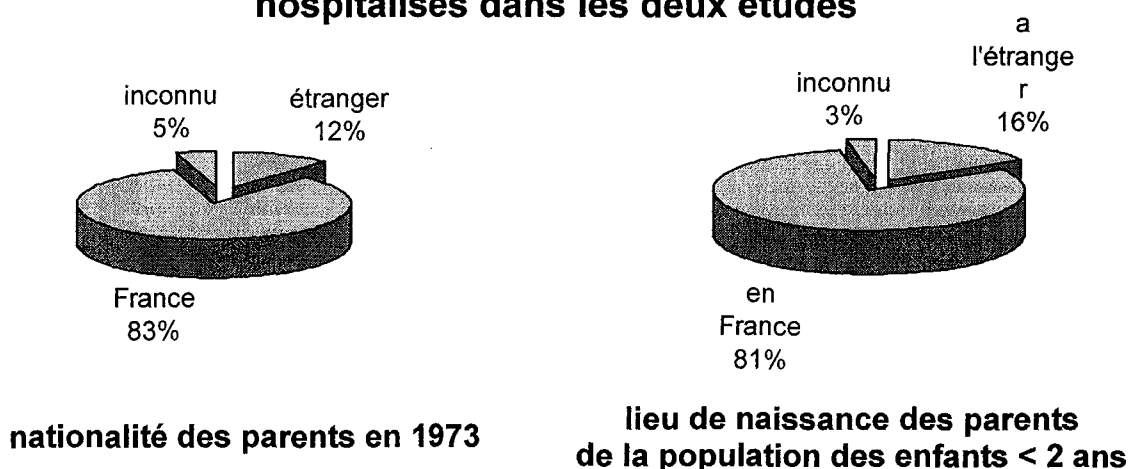
Ces résultats sont un reflet de l'évolution des situations socio-familiales, avec une augmentation de l'âge moyen des parents, plutôt en union libre puisque sur le plan conjugal, le mariage a diminué de moitié (**Figure 17**). On note par ailleurs une augmentation du pourcentage de familles monoparentales (13 % en 2001) pour la moitié célibataires correspondant aux données de la littérature (4).

Figure 17 :
Statut conjugal des parents des enfants hospitalisés dans les deux études



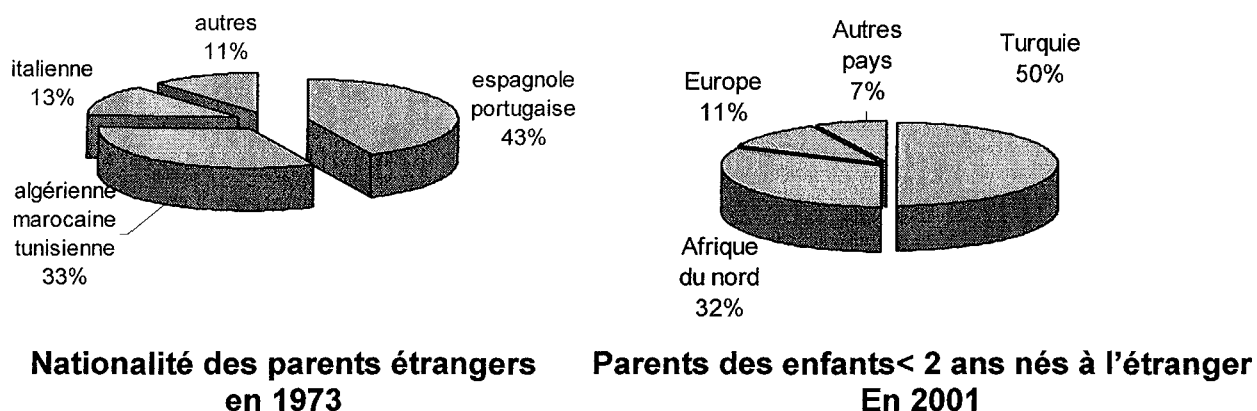
En ce qui concerne l'étude des origines familiales, les résultats sont sensiblement les mêmes avec 83,4% des parents nés en France en 2001 (contre 92 % au recensement de 1999) (**Figure 18**).

Figure 18 :
Nationalité et lieu de naissance des parents des enfants hospitalisés dans les deux études



Par contre la répartition des origines étrangères est très différente avec en 2001, une proportion de Turcs très majoritaire (plus de 50 %), correspondant à l'immigration récente aux conditions socio-sanitaires souvent médiocres (Figure 19).

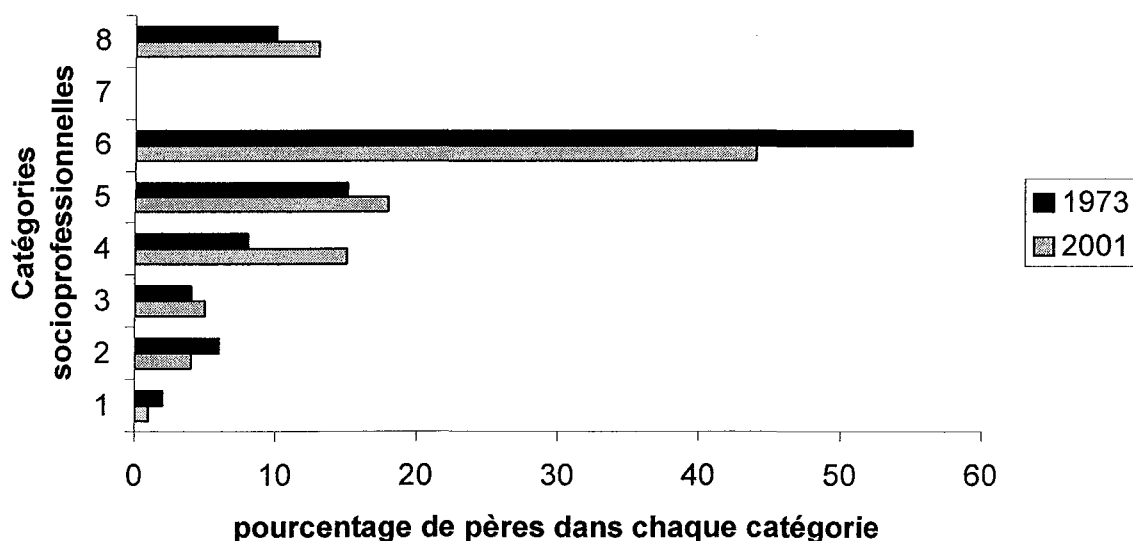
Figure 19 :
Répartition des nationalités des parents des enfants hospitalisés dans les deux études



Sur le plan de l'activité parentale, on retrouve moins d'agriculteurs exploitants, de commerçants ou d'artisans et surtout d'ouvriers chez les pères des enfants hospitalisés en 2001, au profit des employés et des professions intermédiaires (Figure 20). Par contre, le taux d'inactivité a augmenté.

Pour les mères, le pourcentage de mères au foyer a diminué mais le taux d'inactivité est comparable dans les deux études.

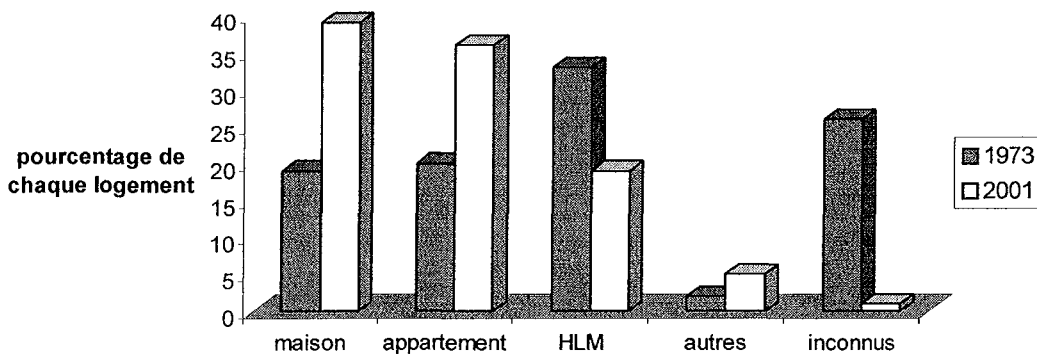
Figure 20 :
Répartition des pères des enfants hospitalisés entre les différentes catégories socioprofessionnelles en 1973 et en 2001 (voir Annexe 3, p. 107)



Les familles sont par ailleurs plus petites en 2001 avec une diminution du nombre moyen d'enfants par famille (2,2) liée à une baisse de la fécondité (4). Elles vivent dans des maison individuelles ou des appartements confortables plutôt de type F4 (34%) au détriment des logements type HLM (Figure 21), et avec un nombre moyen de personne par pièce (1) inférieur au chiffre de 1973.

Mais les familles des enfants hospitalisées restent plus grandes que la moyenne régionale (1,7 enfant par famille) avec un indice de surpeuplement supérieur à la moyenne départementale (0,6) retrouvée au recensement de 1999.

**Figure 21 :
Évolution du type de logement entre 1973 et 2001**

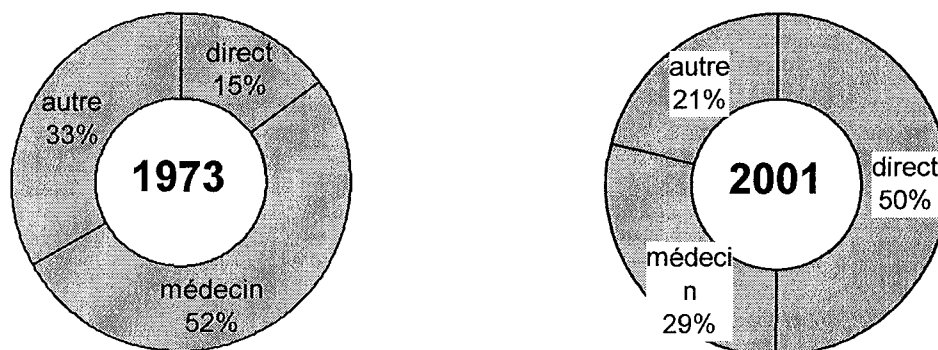


Comme nous le voyons, les conditions socio-économiques étaient et restent donc défavorables chez les enfants hospitalisés comparativement à la population du département avec une forte proportion de familles nombreuses et de mères considérées comme inactives (68 %) et un fort taux de surpeuplement au niveau du logement.

3.3 SUR LE PLAN DE L'HOSPITALISATION

On note une évolution manifeste de ses modalités avec une prédominance des admissions directes (**Figure 22**), une diminution importante de la durée moyenne d'hospitalisation (3,9 jours en 2001 en sachant que la durée médiane, plus proche de la réalité, est de 2 jours) et des visites parentales beaucoup plus fréquentes (bien que la comparaison avec 1973 se soit limitée aux séjours brefs au vu des durées moyennes d'hospitalisation).

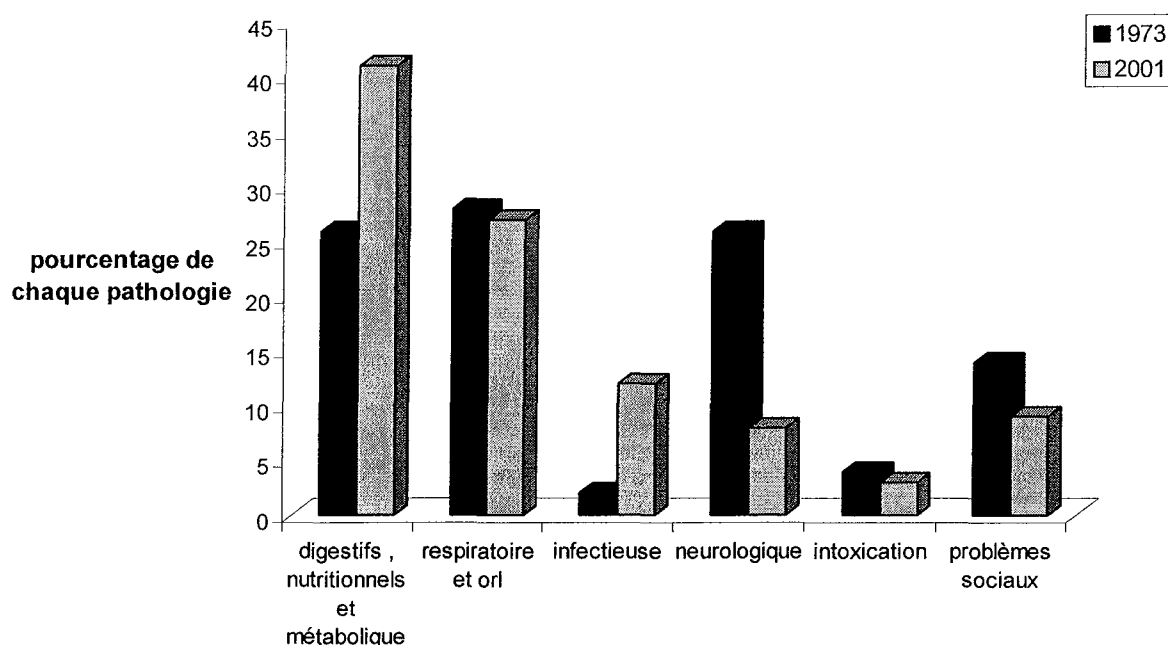
Figure 22 :
Mode d'admission des enfants de moins de deux ans à l'hôpital en 1973 et 2001



La prédominance des admissions « en urgence » ainsi que la diminution de la durée d'hospitalisation, particulièrement en pédiatrie, avaient déjà été notées en 1992 dans l'étude faite à Nancy (66), avec 43,3 % d'admissions directes et une durée moyenne de 4 jours pour les enfants de 1 mois à 15 ans

En ce qui concerne les pathologies rencontrées, les maladies digestives et infectieuses déjà prédominantes en 1973 sont encore plus fréquentes en 2001 (**Figure 23**). On remarque par contre une nette diminution des pathologies neurologiques pouvant être liée à la diminution de la fréquence des méningites ainsi qu'une diminution du nombre d'hospitalisations pour intoxication accidentelle qui restent cependant fréquentes dans cette tranche d'âge malgré les campagnes d'information.

Figure 23 :
Répartition des diagnostics principaux par appareil chez les enfants hospitalisés dans les deux études



3.4 SUR LE PLAN DES HOSPITALISATIONS SOCIALES

Si les motifs sociaux isolés d'hospitalisation ont régressé, le diagnostic de « problème social » est posé près de 5 fois plus souvent qu'à l'admission dans les deux études.

Quant aux hospitalisations « sociales », leur nombre est comparable voire supérieur (mais les critères de définition sont différents) en 2001 avec 55 hospitalisations sociales d'emblée ou pendant l'hospitalisation (soit 26 % des hospitalisations), et l'on retrouve une augmentation de la durée médiane d'hospitalisation (3 jours au lieu de 2 jours).

Pour ce qui est du travail psychosocial effectué dans le service, le pourcentage de liaison avec la PMI, seul critère étudié en 1973, est supérieur d'environ 5 % à celui de 2001. Cependant il est comparable au pourcentage d'hospitalisations (18,7 %) signalées à l'assistante sociale du service qui prend en charge certaines situations sociales sans avoir recours à la PMI.

Ainsi, malgré l'amélioration des conditions de vie et de santé des enfants en France et l'évolution des prises en charge médicales en ville, l'hôpital d'enfants reste le lieu d'accueil privilégié de toutes les familles, au vu du nombre d'admissions directes, et en particulier de celles présentant des difficultés socio-économiques défavorables pour la santé de leurs enfants.

L'évolution de la prise en charge infantile hospitalière avec la nette diminution des durées d'hospitalisation, l'aménagement des horaires de présence parentale et l'attention portée à l'aspect social, ne semble pas étrangère au maintien de cette fonction sociale et médicale importante.

4. LES HOSPITALISATIONS SOCIALES : UNE POPULATION SPÉCIFIQUE

Notre attention portée aux hospitalisations sociales, découle de l'augmentation des familles, et donc des enfants, en situation de précarité. Or pour Berthier, ces familles sont souvent exclues du système de soins actuel (55) dont la réponse à leurs préoccupations médico-sociales semble dans l'ensemble inadaptée (56). Ainsi l'on note une augmentation du nombre d'enfants soignés dans des structures de soins pour exclus puisqu'ils représentent 9,5 % en 1995, (57) et 10,7 % en 1996, (56) des consultants de deux antennes de Médecin Du Monde.

Le concept de pédiatrie sociale, décrit par le Professeur Debré en 1972 (58) n'a donc jamais été autant d'actualité, et nous pensons, tout comme Nicolas (28), que le recours aux urgences pédiatriques, et plus généralement à l'hôpital, peut être parfois le signe d'un dysfonctionnement de notre système de santé qui ne répond plus de façon adéquate aux besoins de certaines familles. Celles-ci aspirent pourtant à un accueil et une prise en charge psychosociale adéquats, par un personnel spécialement formé, comme le montre une charte des enfants hospitalisés établie par des associations de parents européens en 1988 (59).

Or l'absence de réponse adaptée concerne plus particulièrement le système hospitalier pour des raisons de surcharge de travail et de mobilité des intervenants ne permettant pas une prise en charge globale de l'enfant, c'est à dire médicale et psychosociale. Ceci va à l'encontre du principe cinquième (*Annexe 10, p.114*) de la Déclaration des Droits de l'Enfant (60) proclamée en 1959 par l'Assemblée générale des Nations Unies.

Les hospitalisations sociales de notre étude sont difficilement comparables aux données disponibles en raison de nos critères de définition. En effet, ils ne nous permettent pas de définir le caractère médicalement justifié ou non des hospitalisations comme cela a été fait dans de nombreuses études depuis 1972 (25, 26, 27, 38, 61) en raison des contraintes économiques liées à la rationalisation des dépenses sanitaires mais aussi du retentissement psychoaffectif et du risque iatrogène de ces hospitalisations dites abusives (62). Ces hospitalisations médicalement injustifiées représenteraient selon Berthier le quart des hospitalisations pédiatriques en France (63). Ce critère nous semble cependant difficile à définir, les décisions d'hospitalisation étant prises non seulement en fonction de facteurs cliniques mais aussi en fonction de facteurs socio-économiques ou culturels (39). De plus, certaines études relèvent le rôle des facteurs médicaux hospitaliers (disponibilité et compétence des médecins de garde, alternatives à l'hospitalisation classique) et extra-hospitaliers (27).

Nous avons donc préféré réaliser notre étude en fonction de la définition de Deschamps en 1987 (64) : « Si l'on exclut le problème des enfants victimes de sévices, ces hospitalisations dites sociales correspondraient pour certains enfants à des prolongations de séjours hospitaliers au-delà de la durée normale que supposait leur pathologie à l'admission, pour d'autres à des admissions dont le motif « médical » masque une demande sociale de la famille, qui a choisi l'hôpital plutôt qu'un autre type de recours aux soins ».

Nos critères sont donc socio-économiques et fonction des données de l'hospitalisation (durée et présence parentale) afin de tenter d'isoler ces familles vulnérables en hospitalisation et d'évaluer la charge de travail qui en découle, critère peu ou pas été étudié à notre connaissance.

En comparant les résultats de ces hospitalisations sociales au reste de la population hospitalisée pendant notre étude, nous avons tenté de déterminer certaines caractéristiques de ces familles.

Nous présentons donc dans le tableau suivant l'ensemble des résultats obtenus pour ces deux populations. Cependant, l'effectif de la population dite « sociale » étant trop faible (59 enfants) pour pouvoir retrouver une différence statistique significative dans la plupart des cas, nous reviendrons ensuite essentiellement sur les points où cette différence existe.

Tableau n°4 : Les principales données recueillies pour les populations des hospitalisations sociales et non sociales de l'étude

	Population des hospitalisations sociales	Population des hospitalisations non sociales	Population totale	p statistique
L'enfant				
Age (médiane en mois)	10,5	10	10,5	
Proportion de garçons (%)	51	63,5	61	0,08
Nationalité française (%)	95	99	98,7	0,06
Prématurité (%)	18	10,5	11,7	0,1
Hospitalisation néonatale (%)	25	22	22,6	0,6
Hospitalisation antérieure (en dehors de la période néonatale) (%)	52	48	49	0,55
Pathologie chronique (%)	27	20,5	22,6	0,28
Suivi médical (%) :				
- généraliste	32	36	36	0,6
- pédiatre	27	40	36	0,09
- PMI seule ou en association	27	7	12	10⁻⁶
Calendrier vaccinal à jour (%)	73	89	84,5	0,002

	Population des hospitalisations sociales	Population des hospitalisations non sociales	Population totale	p statistique
Les parents				
Âge médian (années)				
- pères	31	32	31,5	
- mères	28,5	29	29	
nés en France : (%)				
- pères	83	76	78	0,99
- mères	88	86	86	0,84
Profession : (%)				
- pères ouvriers	35	40	34	0,55
- pères inactifs	30	8	12	10^{-6}
- mères inactives	88	61	67	10^{-5}
Statut conjugal : (%)				
- parents mariés	36	53	49	0,02
- familles monoparentales	30	9	15	5×10^{-5}
Fratrie :				
- moyenne	1,3	1,2	1,2	
- médiane	1	1	1	
Mode de garde : (%)				
- parental	75	68	69,5	0,4

Le logement				
- maison (%)	29	42	38	0,07
- appartement (%)	39	38	39	0,9
- HLM (%)	24	16	18	2×10^{-4}
- Type le plus fréquent	F3	F4	F4	
- Nombre moyen de personne par pièce	1,15	1	1	

Le contexte social				
Enfants bénéficiant : (%)				
- de la CMU	43	19	24	2x10⁻⁴
- de minima sociaux	40	13	20	2x10⁻⁶
- de l'aide d'un travailleur social	32	8	12	2x10⁻⁶

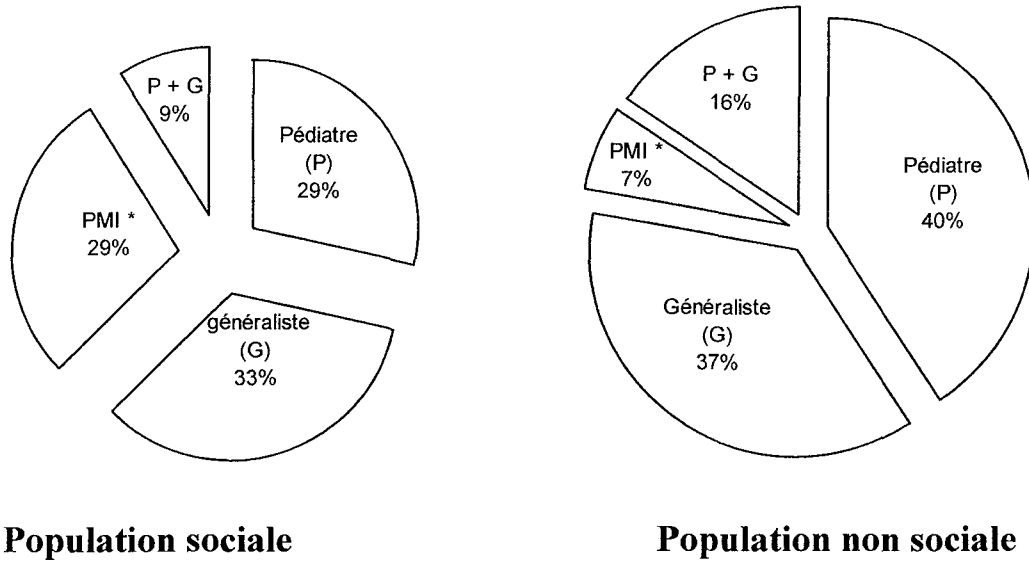
L'hospitalisation				
Ré-hospitalisation (%)	17	12	11	0,29
Entrée directe (%)	51	48	50	0,6
Lettre de médecin (%)	26	29	28	0,6
Durée médiane (jours)	3	2	2	
Motifs : (%)				
- digestifs	27	29	29	0,7
- respiratoires	14	21	19	0,18
- neurologiques	15	11	12	0,37
Diagnostic de sociopathie (%)	24	2,4	7,7	0

Nota bene : les « p statistique » significatifs sont indiqués en caractères gras

Pour les antécédents médicaux, on ne note pas de différence significative en ce qui concerne la prématurité. Il est à noter cependant que son taux est nettement inférieur pour la population non sociale, et que le terme des prématurés de cette population est le plus souvent à 35-36 SA (*Annexe 11, p.115*). Ceci rejoint la littérature, le faible niveau socio-économique étant considéré en général comme un facteur de prématurité. Les antécédents de prématurité et d'hospitalisation néonatale (respectivement $p = 0,0053$ et $0,0307$ pour la population non sociale) restent au sein des deux populations et donc, en dehors de tout contexte de difficulté sociale, des facteurs d'hospitalisations multiples.

Les enfants présentent par ailleurs, un taux de couverture vaccinale significativement inférieur au reste de la population hospitalisée malgré la forte présence de la PMI dans le suivi médical (**Figure 24**).

**Figure 24 :
Suivi médical des enfants hospitalisés**



La population des hospitalisations « sociales » présente par ailleurs toutes les caractéristiques des familles en difficultés socio-économiques vues précédemment.

On note en effet une forte proportion de parents en union libre ou chefs de famille monoparentale (**Figure 25**), souvent inactifs (**Figure 26**) et bénéficiant de minima sociaux, de la couverture médicale universelle et parfois même de l'aide de travailleurs sociaux, reflète de leur niveau de vie, si ce n'est de pauvreté, et de difficultés sociales.

**Figure 25 :
Statut conjugal chez les parents des deux populations**

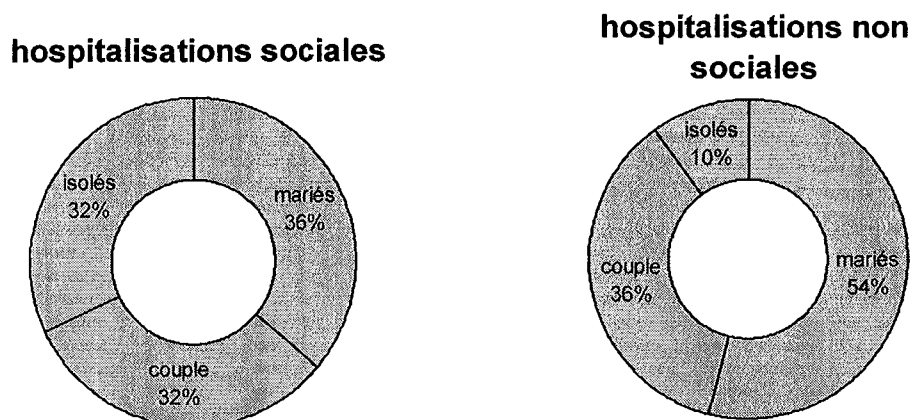
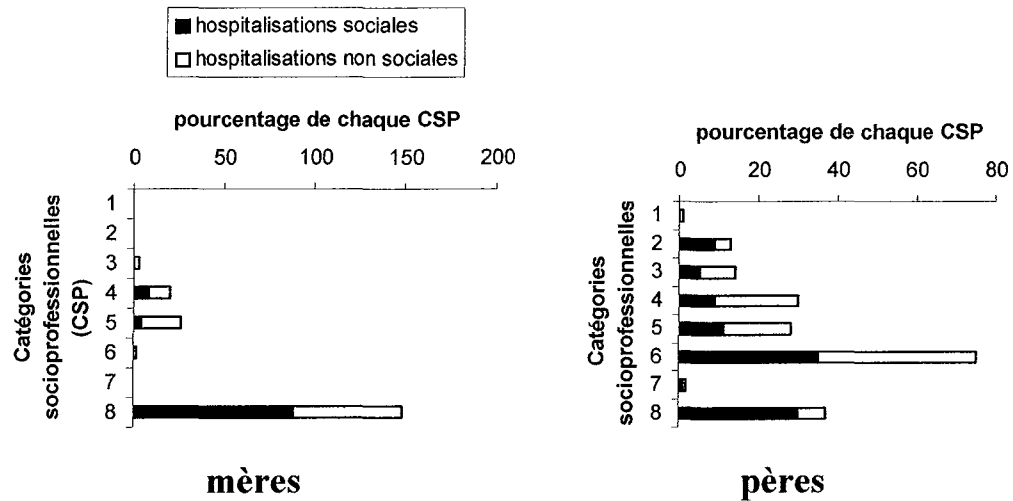
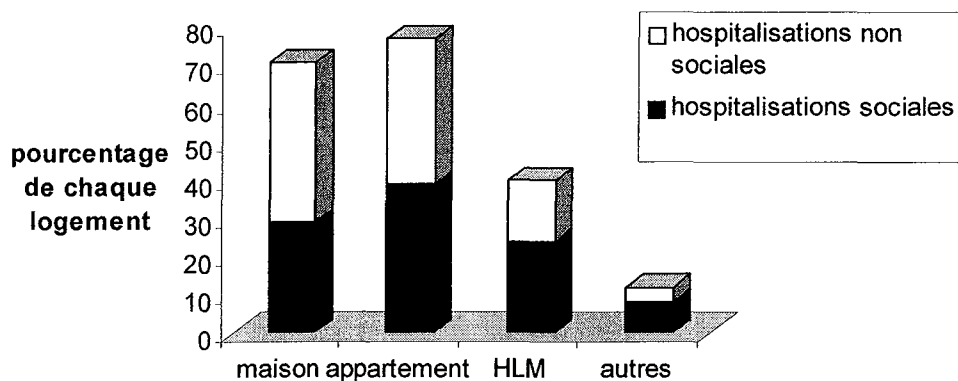


Figure 26 :
Catégories socioprofessionnelle des parents
des deux populations
(voir Annexe 3, p. 107)



Un quart de ces familles vit dans des logements de type HLM (**Figure 27**) plus petits et surpeuplés, comparativement à la population des hospitalisations « non sociales ».

Figure 27 :
Types de logement pour les deux populations

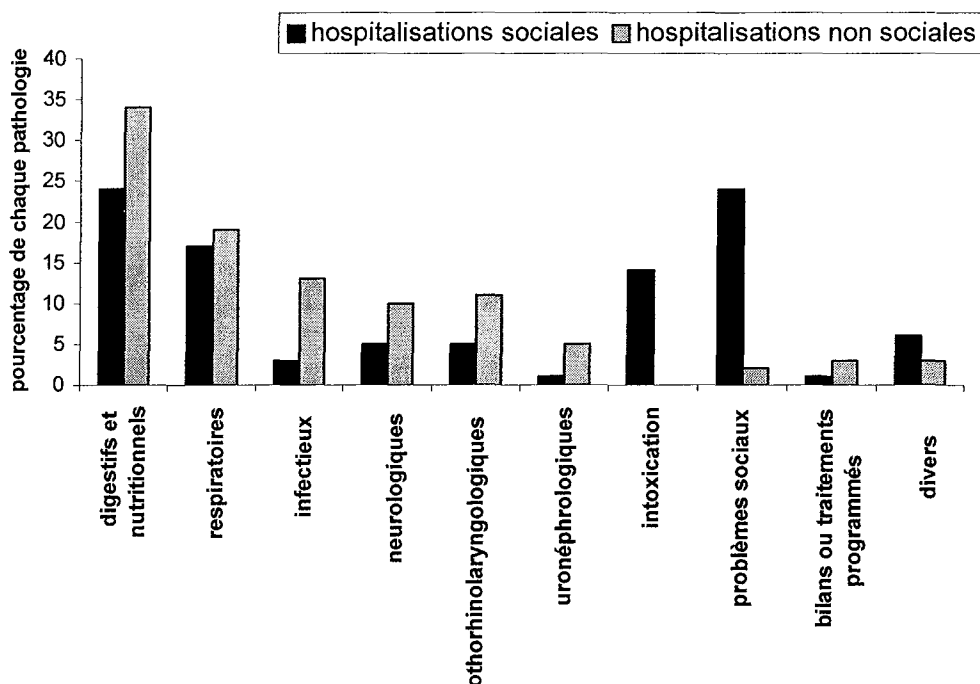


Les enfants des hospitalisations sociales sont hospitalisés en général pour des motifs du même ordre que le reste de la population. Cependant, un quart des diagnostics posés conclut à un « problème social » (**Figure 28**).

Ceci semble lié à la fonction d'accueil de l'hôpital d'enfant pour des pathologies nécessitant une hospitalisation en l'absence de gravité clinique mais en raison de l'inexpérience des internes aux urgences ou de difficultés socio-économiques (familles monoparentales sans autre mode de garde, familles très démunies sur les plans économiques ou intellectuels).

Il est à noter que l'hôpital d'enfant est aussi un lieu d'accueil fréquent lors des enquêtes sociales après suspicion de maltraitance, ce rôle n'étant pas évoqué ici, ces hospitalisations pouvant se faire dans un autre secteur que celui de notre étude.

Figure 28 :
Principaux diagnostics posés pour les enfants hospitalisés



La durée médiane de séjour est plus longue pour cette population dite « sociale » et le taux de ré-hospitalisation est plus important, probablement en raison de la proportion plus grande de pathologies chroniques selon notre définition, mais aussi d'une non observance thérapeutique souvent liée au contexte de difficultés socio-économiques. A ce propos, l'abaissement des normes de prise en charge, c'est à dire « l'adaptation de la pratique à la représentation qu'ont les professionnels des personnes comme n'étant pas capable de comprendre des explications ou de suivre des protocoles

contraignants pour des raisons sociales culturelles ou linguistiques » (6), est difficile à appréhender dans notre étude.

Nous en profitons pour rappeler simplement ici l'obligation de soigner tout enfant, quel que soit son statut et son origine, et la nécessité d'un principe d'égalité dans l'administration des soins mais aussi dans les conditions d'accueil et d'hébergement. Les violations de ce principe dans le domaine de la santé sont potentiellement graves puisque susceptibles d'engendrer maladie et souffrance.

5. LE TRAVAIL PSYCHOSOCIAL À L'HÔPITAL

L'évaluation du travail psychosocial réalisé montre le peu de place laissé actuellement aux équipes de pédopsychiatrie de liaison et de psychologues. Leurs rôle a pourtant été démontré dans de nombreux cas en particulier pour les maltraitances où le travail de prévention en maternité semble le plus efficace (70) ainsi que les soutiens familiaux et sociaux qui permettent de briser le cycle intergénérationnel (71).

Dans son étude menée d'août à octobre 1998 aux urgences de Montpellier, Nicolas (28) retrouve 70 % des parents inquiets, cette anxiété pouvant être reliée au déni très fréquent (72) de l'altération de leur qualité de vie. Les maladies et accidents infantiles pourraient alors dans certains cas être des signes d'appel. On peut imaginer au vu de ces résultats l'intérêt d'une prise en charge psychologique de certaines familles.

Sur le plan de la prise en charge sociale, l'assistante sociale de secteur a un rôle déterminant dans notre étude puisque sur les 75 hospitalisations sociales, 48 lui ont été signalées dont plus de la moitié lors de la réunion hebdomadaire qu'il nous semble donc nécessaire d'instaurer ou de maintenir dans chaque secteur de pédiatrie.

Elle semble de plus un élément essentiel de lien avec la PMI puisqu'elle lui a signalé les deux tiers des dossiers qui le nécessitaient. Cependant ce lien reste limité puisque seule la moitié des hospitalisations sociales a été signalée au secteur. Ceci est concordant avec les résultats de l'étude de Thuet (50) où seuls 24,4 % des enfants consultants avaient découvert la PMI grâce à l'hôpital.

Quant au médecin traitant, il n'a été contacté que pour 4 % des hospitalisations, mais un courrier est réalisé pour toute hospitalisation permettant la continuité des soins. Ceci semble d'autant plus nécessaire que selon Nicolas il représente un soutien social pour 44,5 % des familles de son étude (28).

Enfin seuls 13 % des hospitalisations ont abouti à une prise en charge sociale, chiffre légèrement supérieur aux 8,3 % des familles de l'étude de Nicolas (28) qui ont bénéficié d'une orientation sociale dès les urgences.

Le travail psychosocial, s'il se développe, semble encore loin des besoins des familles de ces hospitalisations sociales qui représentent au moins un quart des hospitalisations pédiatriques. De plus ce nombre est sans doute actuellement sous estimé en raison du manque d'outils méthodologiques d'évaluation de la qualité de vie. Ainsi, Nicolas qui propose une grille d'entretien pour évaluer les

phénomènes de précarité et de vulnérabilité sous jacents aux demandes de soins de santé, définit 5 profils psychosociaux des familles sur la « trajectoire de précarisation » (73). Il estime ainsi à 2/3 la proportion des familles précarisées admises aux urgences (28).

L'hôpital pédiatrique se doit donc de développer et de promouvoir cette prise en charge psychosociale des enfants afin de lutter efficacement contre toutes les exclusions dont devrait les protéger la loi (*Annexe 12, p.116*).

CONCLUSION

Comme nous l'avons vu dans notre étude, 27 % des enfants hospitalisés nécessitent une prise en charge globale c'est à dire sociale et non uniquement médicale. De plus, la plus grande partie de la population pédiatrique hospitalisée fait partie de familles dont la précarité et la vulnérabilité doivent être reconnues pour que les enfants soient mieux soigné.

Comme le montrait déjà l'étude réalisée à Nancy en 1973, l'hôpital d'enfants est donc le lieu de soin privilégié d'une population pédiatrique particulièrement à risque social mais aussi médical et il participe ainsi à la lutte contre l'exclusion sociale. Ces hospitalisations dites « sociales » ont pu faire discuter, dès 1972 de la part justifiée ou non des hospitalisations en pédiatrie et à l'heure des restrictions économiques, de la notion d'inadéquation des hospitalisations. Car si l'hôpital a considérablement développé sa prise en charge des maladies, en particulier complexes avec l'acquisition d'appareils de haute technologie, ce qui a permis d'améliorer les modalités d'hospitalisation, la prise en charge des problèmes sociaux ne s'est que peu développée et ne permet donc pas toujours d'éviter l'hospitalisation non médicalement (mais socialement) justifiée. Cependant la mise en place des permanence d'accès aux soins de santé a permis d'initier des actions en formant le personnel d'accueil, en instaurant des dispositifs spéciaux de recouvrement des frais, et en soutenant des projet de réseaux et de circuits personnalisés pour optimiser la prise en charge. Pourtant la réponse de l'hôpital à la demande de soin social de ces familles n'est pas toujours adaptée et pourrait être améliorée dès les urgences comme le propose Nicolas (28) par un outil méthodologique d'évaluation des facteurs de vulnérabilité et de précarité et un service de lits portes avec bilan psychosocial et recherche de lien et de relais avec d'autres structures extra-hospitalières.

L'efficacité d'un tel dispositif ne pourra se faire sans la participation active d'un personnel sensible aux aspects psychosociaux (médecin de PMI, psychologue clinicien, travailleur social) et la formation en amont de l'ensemble des étudiant en médecine aux méthodes et à la pratique de la pédiatrie sociale ainsi qu'au travail en réseau. De même, des travaux de recherche clinique dans le domaine « des sciences sociales pédiatriques » semblent nécessaires en regard des enjeux de santé publique qu'elle représentent (74).

Le rôle social de l'hôpital doit donc rester une priorité car comme le montre notre étude, il découle des caractéristiques d'une certaine partie de la population hospitalisée et fait partie intégrante de son rôle de soins.

BIBLIOGRAPHIE

1. Friot F. L'hospitalisation des moins de deux ans dans un service de pédiatrie du C.H.U. de Nancy [Th. Méd.]. Nancy: Faculté de Médecine Nancy 1; 1975.
2. INSEE. Recensement de la population. Exploitations principales 54. In: 54 - Meurthe-et-Moselle. Nancy: INSEE; 2000.
3. Mathias J. La population active lorraine : des particularités qui s'estompent. Economie Lorraine 2002 ; 218 (avril 2002):8-11.
4. INSEE Lorraine. Les Lorraines : plus actives avec moins d'enfants. Supplément Économie INSEE Lorraine 2002 (mars 2002).
5. INSEE Lorraine. Logement : plus d'espace et de confort. Supplément Économie INSEE Lorraine 2002 (janvier 2002).
6. Carde E, Fassin D, Ferré N, Musso Dimitrijevic S. Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins. Migrations études 2002;106:1-10.
7. Avenel M. Les enfants de moins de 6 ans et leurs familles en France métropolitaine. Études et Résultats 2001;97:1-8.
8. Badeyan G. Vaccination contre la tuberculose : seuls deux tiers des enfants de six ans ont entièrement satisfait à l'obligation vaccinale. Études et Résultats 1999;8:1-4.
9. Lapinte A. Niveau de vie et pauvreté des enfants en Europe. Études et Résultats 2002;201:1-11.
10. Olier L. Combien nous coûtent nos enfants ? In: INSEE éd.. Données sociales. La société française. Paris: Société des Editions Scientifiques Juridiques et Médicales (SESJM); 1999. p. 324-332.
11. Marchand O. Population active, emploi et chômage au cours des années quatre-vingt-dix. In: INSEE, editor. Données sociales. La société française. Paris: Société des Editions Scientifiques Juridiques et Médicales (SESJM); 1999. p. 100-7.
12. Sandoval V. Les transformations du marché du travail des jeunes et des femmes en France et dans trois autres pays européens. In: INSEE éd.. Données sociales. La société française. Paris: Société des Editions Scientifiques Juridiques et Médicales (SESJM); 1999. p. 182-188.

13. Algava E. Quel temps pour les activités parentales ? Études et Résultats 2002;162:1-12.
14. Bonnet C, Labbé M. L'activité professionnelle des femmes après la naissance de leurs deux premiers enfants. L'impact de l'allocation parentale d'éducation. Études et Résultats 1999;37:1-7.
15. Chambaz C. Les familles monoparentales en Europe : des réalités multiples. Études et Résultats 2000;66:1-7.
16. Woitrain E. Hébergement social : environ 35000 adultes et enfants sans logement sont hébergés en établissement. Études et Résultats 1999;10:1-7.
17. Flipo A, Olier L. Faire garder ses enfants, ce que les ménages dépensent. INSEE Première 1996;481:1-4.
18. Caussat L, Dupuis J-P. Les prestations sociales en 2001. Études et Résultats 2002;190:1-6.
19. Demailly D, Algava E, Gilles C. Les allocataires des minima sociaux en 2000. Études et Résultats 2001;148:1-10.
20. Algava E, Avenel M. Les bénéficiaires de l'Allocation de parent isolé (API). Études et Résultats 2001;Sect. 1-7.
21. Jeandidier B, Dollon C, Laborde H, Paries J, Gaudelus J. Le faux débat des fausses urgences. Arch. Pediatr. 1999;6 (suppl 2):464-466.
22. Steg A. La médicalisation des urgences. Rapport présenté au Conseil Economique et Social: Commission nationale de restructuration des urgences; 1993.
23. Steg A. L'urgence à l'hôpital. Rapport présenté au Conseil Economique et Social. Séances des 11 et 12 avril 1989. Journal Officiel de la République Française 1989 (n° 4123).
24. Marguet MC, Lesjone G, Berthier N, Bust M. Etude des motivations des parents à amener leur enfant en urgence à l'hôpital. Résultats d'une enquête psycho-sociale au CHRU de Grenoble. Pédiatrie 1988;43:433-9.
25. Bornarel M. Étude des hospitalisations dans un service de pédiatrie du C.H.U. de Lyon en 1982-83. Incidence des facteurs socioéconomiques.

Adéquation des hospitalisations [Th. Méd.]. Lyon: Faculté de Médecine Lyon 1; 1984.

26. Bourdier F. Recrutement des urgences pédiatriques : étude épidémiologique prospective sur l'année 1997 au C.H.U. Louis Mourier à Colombes (92) [Th. Méd.]. Paris: Faculté de Médecine Xavier-Bichat; 1998.

27. Sagot B. Qu'est ce qu'une hospitalisation injustifiée en pédiatrie ? [Th. Méd.]. Limoges: Faculté de médecine; 1991.

28. Nicolas J, Bernard F, Vergnes C, Seguret F, Zebiche H, Rodière M. Précarité et vulnérabilité familiale aux urgences pédiatriques : évaluation et prise en charge. Arch. Pediatr. 2001;8:259-267.

29. Robert I, Pless B. Social policy as a cause of childhood accidents : the children of lone mothers. Brit. Med. J. 1995;311:925-928.

30. De Montalembert M. Diversification des formes familiales. In: La protection sociale en France. Paris: La Documentation Française; 1997.

31. Lecomte T, Mizrahi A, Mizrahi A. In: Précarité sociale : cumul des risques sociaux et médicaux. Enquête menée sur la santé et les soins médicaux en France de 1991 à 1992. Paris: CREDES; 1996.

32. Herpin N, Olier L. Pauvreté des familles, pauvreté des enfants. INSEE Première 1996;499:1-4.

33. Berthier M, Oriot D. L'enfant de mère seule. Arch. Pediatr. 1998;5:71-78.

34. Lombrail P, Alfaro C, Vitoux-Brot C, Brodin M, Bourillon A, Beaufile F. Analyse du recrutement en urgence d'un hôpital pédiatrique. Arch. Fr. Pediatr. 1993;50:313-317.

35. Bourdillon F, Lombrail P, Antoni M. La santé des populations d'origine étrangère en France. Soc. Sci. Med. 1991;32:1219-1227.

36. Orr S, Miller C, James S. Differences in use of health services by children according to race. Relative importance of cultural and system-related factors. Med. Care 1984;22:848-53.

37. Joly JB, Richard P, Bille M, Mottet G. Les entrées de pédiatrie à l'hôpital d'Angoulême en décembre 1981 et janvier 1982. In: Journées Parisiennes de Pédiatrie. Paris: Flammarion; 1982. p. 331-339.

38. Guyot C. Hospitalisations médicalement injustifiées en pédiatrie. [Th. Méd.]. Nantes: Faculté de Médecine; 1977.
39. Danzun A, Collet J-P, Duru G, Hermier M, Lambert DC. Prise en charge des diarrhées aiguës non graves du nourrisson : approche socio-économique. Rev. Epidém. et Santé Publ. 1987;35:451-7.
40. Sérange-Fonterne R. L'offre de soins et les disparités sociales de la consommation médicale. Le cas de la région lyonnaise [Thèse de doctorat 3ème cycle Economie Santé]. Aix en Provence: Marseille II; 1981.
41. Starfield B, Hankin J, Steinwachs D, *et al.* Utilization and morbidity : random or tandem ? Pediatrics 1985;75:241-247.
42. Egbuonu L, Starfield B. Child health and social status. Pediatrics 1982;69:550-7.
43. Lenoir R. Nation en danger : quand une société se "dualise", le contrat social n'est plus respecté. Le Monde 1993;9 Juillet 1993:1-2.
44. Spence DPS, Hotchkiss J, Williams CSD, David PDO. Tuberculosis and poverty. Brit. Med. J. 1993;307:759-61.
45. Picallo P. Le saturnisme infantile. Impact Médecin Hebdo 1996;337:54-56.
46. Berthier M, Fauchère JL, Perrin J, Grignon B, D. O. Fulminant meningitis due to *Bacillus anthracis* in an eleven year-old girl during Ramadan (letter). Lancet 1996;347:828.
47. Cornet J. Faut-il battre les enfants? Un rapport pourrait exister entre la violence éducative subie et la propension à avoir des accidents. Rev. Prat. 1996;345:27-34.
48. Robert I, Power C. Does the decline in child injury mortality vary by social class? A comparison of class specific mortality in 1981 and 1991. Brit. Med. J. 1996;313:784-786.
49. Alfaro C, Brodin M. Les consultations de PMI à Paris : population fréquentant les centres et service rendu par ces établissements. Paris: Département de Santé Publique. Faculté Xavier-Bichat; 1995.

- 50.** Thuet I. Enquête sur un groupe d'enfants fréquentant les consultations de nourrissons organisées par la P.M.I. de Montpellier [Th. Méd.]. Montpellier: Faculté de Médecine Montpellier 1; 2000.
- 51.** Lombrail P. Deux composantes essentielles de l'évaluation des soins à l'hôpital : continuité et accessibilité ; le cas de l'urgence pédiatrique à l'hôpital Robert-Debré de Paris [Th. Méd.]. Paris: Faculté de médecine; 1995.
- 52.** Dollon C. Les motifs de recours aux urgences pédiatriques : à propos d'une enquête à l'hôpital Jean Verdier [Th. Méd.]. Paris: Faculté de Médecine Xavier-Bichat; 1998.
- 53.** Brard H. Analyse des facteurs socio-économiques des familles ayant recours aux urgences pédiatriques de l'hôpital Jean Verdier [Th. Méd.]. Paris: Faculté de Médecine Necker-Enfants Malades; 1998.
- 54.** Azama JL, Fabre C. Recours à l'institution hospitalière dans un quartier socialement défavorisé : rôle des différents acteurs. Rev. Fr. Santé Publ. 1985;31:51-9.
- 55.** Berthier M. Pauvreté, précarité et difficultés d'accès aux soins. In: DRASS, editor. La santé publique en Poitou-Charentes. Poitiers; 1996. p. 109-14.
- 56.** Berthier M, Troller S, Gambert C, Oriot D. Pourquoi les consultations pédiatriques augmentent-elles dans les structures de soins pour exclus ? Arch. Pédiatr. 1998;5:793-798.
- 57.** Alla F, Schleret Y. La population accueillie et soignée par les centres de soins gratuits de la mission France de Médecins du Monde. OR-SAS-Lorraine 1995;Sect. 1-26.
- 58.** Debré R. Pédiatrie sociale. Paris: Flammarion Médecine Sciences; 1972.
- 59.** Massion J. Les Droits de l'Enfant Hospitalisé. Action entreprise au niveau Européen. La Revue Hospitalière de France 1989;422:549-550.
- 60.** Mande R, Masse N, Manciaux M. La déclaration des droits de l'enfant. In: Pédiatrie Sociale. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 1977. p. 697-9.
- 61.** Mélékian B, Salet J. Hospitalisations abusives en pédiatrie. In: Entretiens de Bichat-Médecine; 1972; Paris; 1972. p. 475-80.

- 62.** Manciaux M, Deschamps J-P, Fritz NT. Nouveau concept en pédiatrie sociale. In: Santé de la mère et de l'enfant. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 1984. p. 321-43.
- 63.** Berthier M, Demont F, Bonneau D, Dauty A. Les hospitalisations médicalement injustifiées en pédiatrie. Santé Publique 1990;2:15-9.
- 64.** Deschamps J-P, Courtecuisse V. Rapport du groupe de travail sur la pédiatrie. Ministère chargé de la Santé et de la Famille 1987;Chap.VIII: 63-4.
- 65.** DRASS. www.Sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm. 2002.
- 66.** Hanesse B, Morali A, Legras B, Doveze P. L'hospitalisation des sujets de moins de 20 ans au CHU de Nancy. Annales médicales de Nancy et de l'est 1996;35:321-325.
- 67.** Lombrail P, Minvielle E, Kohler F, Heve D. Problèmes posés par le codage de l'information médicale dans le cadre du programme de médicalisation du système d'information hospitalier. Rev. Epidem. et Santé Publ. 1991;39:285-295.
- 68.** André-Roux V, Le Minez S. Dix ans d'évolution du chômage des cadres : 1987-1997. In: INSEE, editor. Données sociales. La société française. Paris: Société des Editions Scientifiques Juridiques et Médicales (SESJM); 1999. p. 140-51.
- 69.** Afsa C, Amira S. Le RMI : un dispositif en pleine mutation. In: INSEE, editor. Données sociales. La société française. Paris: Société des Editions Scientifiques Juridiques et Médicales (SESJM); 1999. p. 406-412.
- 70.** Robert I, Kramer MS, Suissa S. Does home visiting prevent childhood injury ? A systematic review of randomised controlled trials. Brit. Med. J. 1996;312:29-33.
- 71.** Kaufman J, Zigler E. Do abused children become abusive parents ? Am. J. Orth. Psychiatry 1987;57:186-92.
- 72.** Manificat S, Dazord A, Cochat P, Nicolas J. Evaluation de la qualité de vie de l'enfant en pédiatrie : recueillir le point de vue de l'enfant. Arch. Pédiatr. 1997;4:1236-48.

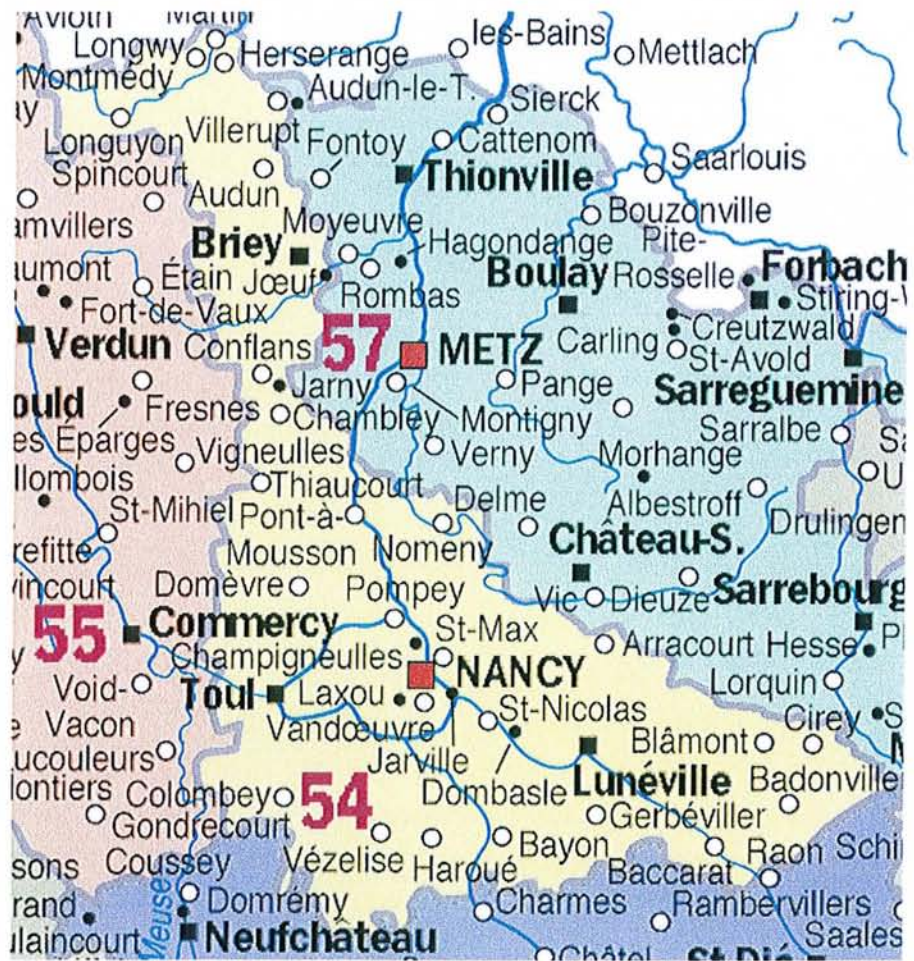
73. Chauvin P, Lebas J. La problématique précarité et santé, un symptôme de dysfonctionnement de notre système de santé. In: Précarité et Santé. Paris: Flammarion; 1998.

74. Berthier M, Oriot D. Le pédiatre et l'enfant exclu. Arch. Pediatr. 1997;4:607-14.

ANNEXES

Annexe 1 :

La Meurthe-et-Moselle



Annexe 2 :

Le questionnaire

L'enfant

Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Nationalité :	
Antécédents personnels	
⇒ Prématurité :	Oui, terme : <input type="checkbox"/> non
⇒ Hospitalisation néonatale :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
⇒ Hospitalisation antérieure :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Entre 0 et 1 an :	<input type="checkbox"/> 1 fois <input type="checkbox"/> 2 fois <input type="checkbox"/> 3 fois <input type="checkbox"/> plus de 3 fois
Après 1 an :	<input type="checkbox"/> 1 fois <input type="checkbox"/> 2 fois <input type="checkbox"/> 3 fois <input type="checkbox"/> plus de 3 fois
⇒ Pathologie chronique :	Oui, préciser : <input type="checkbox"/> non
Suivi médical :	<input type="checkbox"/> pédiatre <input type="checkbox"/> médecin généraliste <input type="checkbox"/> PMI <input type="checkbox"/> Aucun
Vaccinations à jour :	<input type="checkbox"/> oui Si non, nombre d'injections manquantes :
Vaccins manquants :	

Contexte social	
⇒ Nombre de frères et sœurs :	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 si plus, préciser :
⇒ Antécédents de placement dans la fratrie :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
⇒ Antécédents de placement de l'enfant :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
⇒ Age et profession du père :	
⇒ Age et profession de la mère :	
⇒ Statut conjugal :	<input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> concubin <input type="checkbox"/> divorcé ou séparé <input type="checkbox"/> célibataire
⇒ Lieu de naissance des parents :	père : <input type="checkbox"/> mère :
⇒ Habitat :	<input type="checkbox"/> social <input type="checkbox"/> itinérant <input type="checkbox"/> si personnel : type : <input type="checkbox"/> maison individuelle <input type="checkbox"/> appartement <input type="checkbox"/> HLM nombre de pièces : confort :
⇒ Mode de garde :	<input type="checkbox"/> crèche <input type="checkbox"/> nourrice agréée <input type="checkbox"/> parents <input type="checkbox"/> si autre, préciser :
⇒ Couverture maladie :	<input type="checkbox"/> sécu +mutuelle <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> aide médicale d'état <input type="checkbox"/> autre, préciser :
⇒ Minima sociaux :	<input type="checkbox"/> RMI <input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> API <input type="checkbox"/> AES C3 <input type="checkbox"/> autre
⇒ Aides sociales :	<input type="checkbox"/> AES C1 ou C2 <input type="checkbox"/> Alloc. Fam. <input type="checkbox"/> Complément Familial <input type="checkbox"/> APE <input type="checkbox"/> APJE <input type="checkbox"/> Alloc. Soutien Familial <input type="checkbox"/> autre
⇒ Intervenants sociaux :	<input type="checkbox"/> Travailleuse familiale <input type="checkbox"/> Assistante éducative <input type="checkbox"/> Tuteur aux Prestations familiales

L'hospitalisation

Mode d'admission :	<input type="checkbox"/> lettre médecin traitant <input type="checkbox"/> consultation de proximité <input type="checkbox"/> consultation spécialisée en CHU <input type="checkbox"/> sas d'urgence
Motif d'hospitalisation :	
Diagnostic principal :	
Durée d'hospitalisation médicalement justifiée :	
Durée réelle d'hospitalisation :	

Hospitalisation		
⇒ à caractère social d'emblée lié :	<input type="checkbox"/> au contexte social <input type="checkbox"/> à l'attitude parentale <input type="checkbox"/> à la clinique <input type="checkbox"/> préciser :	
⇒ à caractère social pendant l'hospitalisation :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Présence des parents auprès de l'enfant	<input type="checkbox"/> >1 fois par jour <input type="checkbox"/> 1 fois par jour <input type="checkbox"/> 1 fois par 48h <input type="checkbox"/> <1 fois par 48h
Prise de contact téléphonique des parents :	<input type="checkbox"/> >1 fois par jour <input type="checkbox"/> 1 fois par jour <input type="checkbox"/> 1 fois par 48h <input type="checkbox"/> <1 fois par 48h

Liaison avec l'assistance sociale du service :	<input type="checkbox"/> Oui : ⇒ <input type="checkbox"/> À la réunion psychosociale hebdomadaire ⇒ <input type="checkbox"/> En urgence	<input type="checkbox"/> non
Liaison avec le secteur PMI :	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ <input type="checkbox"/> Par l'intermédiaire de l'assistance sociale ⇒ <input type="checkbox"/> Directement	<input type="checkbox"/> non
Prise de contact avec le médecin traitant :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Travail auprès des parents :			
⇒ rencontre de l'assistance sociale :	<input type="checkbox"/> 0 fois <input type="checkbox"/> 1 fois <input type="checkbox"/> 2 fois <input type="checkbox"/> >2 fois		
⇒ Rencontre d'un médecin senior :	<input type="checkbox"/> 0 fois <input type="checkbox"/> 1 fois <input type="checkbox"/> 2 fois <input type="checkbox"/> >2 fois		
⇒ Rencontre de la psychologue du service	<input type="checkbox"/> 0 fois <input type="checkbox"/> 1 fois <input type="checkbox"/> 2 fois <input type="checkbox"/> >2 fois		
⇒ Majoration du temps d'éducation par le personnel médical et paramédical	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

Prise en charge sociale au décours de l'hospitalisation :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
--	------------------------------	------------------------------

Si oui, préciser

Annexe 3 :

Les catégories socioprofessionnelles

Niveau agrégé 8 postes dont 6 pour les actifs occupés	Niveau de publication courante (24 postes dont 19 pour les actifs)	Niveau détaillé (42 postes dont 32 pour les actifs)
1 Agriculteurs exploitants	10 Agriculteurs exploitants	11 Agriculteurs sur petite exploitation 12 Agriculteurs sur moyenne exploitation 13 Agriculteurs sur grande exploitation
2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	21 Artisans	21 Artisans
	22 Commerçants et assimilés	22 Commerçants et assimilés
	23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
3 Cadres et professions intellectuelles supérieures	31 Professions libérales	31 Professions libérales
	32 Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques	33 Cadres de la fonction publique 34 Professeurs, professions scientifiques 35 Professions de l'information, des arts et des spectacles
	36 Cadres d'entreprises	37 Cadres administratifs et commerciaux d'entreprises 38 Ingénieurs et cadres techniques d'entre- prises
4 Professions intermédiaires	41 Professions intermédiaires de l'enseigne- ment, de la santé, de la fonction publique et assimilés	42 Instituteurs et assimilés 43 Professions intermédiaires de la santé et du travail social 44 Clergé, religieux 45 Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
	46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
	47 Techniciens	47 Techniciens
	48 Contremaîtres, agents de maîtrise	48 Contremaîtres, agents de maîtrise
5 Employés	51 Employés de la fonction publique	52 Employés civils et agents de service de la fonction publique 53 Policiers et militaires
	54 Employés administratifs d'entreprises	54 Employés administratifs d'entreprises
	55 Employés de commerce	55 Employés de commerce
	56 Personnels des services directs aux particuliers	56 Personnels des services directs aux particuliers
6 Ouvriers	61 Ouvriers qualifiés	62 Ouvriers qualifiés de type industriel 63 Ouvriers qualifiés de type artisanal 64 Chauffeurs 65 Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
	66 Ouvriers non qualifiés	67 Ouvriers non qualifiés de type industriel 68 Ouvriers non qualifiés de type artisanal
	69 Ouvriers agricoles	69 Ouvriers agricoles
7 Retraités	71 Anciens agriculteurs exploitants	71 Anciens agriculteurs exploitants
	72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise	72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
	73 Anciens cadres et professions interméd- iaires	74 Anciens cadres 75 Anciennes professions intermédiaires
	76 Anciens employés et ouvriers	77 Anciens employés 78 Anciens ouvriers
8 Autres personnes sans activité professionnelle	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé
	82 Inactifs divers (autres que retraités)	83 Militaires du contingent 84 Étèves, étudiants 85 Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités) 86 Personnes diverses sans activité profes- sionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)

Annexe 4 :

La répartition des hospitalisations antérieures avant et après un an

		Nombre d'hospitalisation après 1 an						Total
		0	1	2	3	plus de trois	inconnu	
Nombre d'hospitalisation avant 1 an	0	5	13	3	1	1	0	23
	1	48	4	1	1	1	0	55
	2	15	2	1	1	1	0	20
	3	8	0	0	0	1	0	9
	plus de trois	6	0	2	0	8	0	16
	inconnu	0	0	0	0	0	1	1
	Total	82	19	7	3	12	1	124

Annexe 5 :

L'hospitalisation néonatale : facteur d'hospitalisation multiple

Tableau des antécédents d'hospitalisations précédentes et néonatales
lorsque les enfants ne sont pas nés prématurément.

		Hospitalisations néonatales		
		oui	non	total
Hospitalisations antérieures	oui	23	74	97
	non	12	101	113
total		35	175	210

Statistics for Table 2 of HOSPANT by HOSPNEON
Controlling for maturite=2

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	6.4412	0.0112
Likelihood Ratio Chi-Square	1	6.4786	0.0109
Continuity Adj. Chi-Square	1	5.5331	0.0187
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	6.4105	0.0113
Phi Coefficient		0.1751	
Contingency Coefficient		0.1725	
Cramer's V		0.1751	

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	23
Left-sided Pr <= F	0.9969
Right-sided Pr >= F	0.0092
Table Probability (P)	0.0061
Two-sided Pr <= P	0.0152

Annexe 6 :

La prématurité : facteur d'hospitalisation multiple

Tableau des antécédents d'hospitalisations précédentes en dehors des hospitalisations néonatales lorsque les enfants sont nés prématurément.

		Hospitalisations antérieures		total
		oui	non	
prématurité	oui	21	7	28
	non	97	113	210
	total	118	120	238

Statistics for Table of prematurite by HOSPANT

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	8.2028	0.0042
Likelihood Ratio Chi-Square	1	8.5289	0.0035
Continuity Adj. Chi-Square	1	7.0908	0.0077
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	8.1684	0.0043
Phi Coefficient		0.1856	
Contingency Coefficient		0.1825	
Cramer's V		0.1856	

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	21
Left-sided Pr <= F	0.9991
Right-sided Pr >= F	0.0035
Table Probability (P)	0.0026
Two-sided Pr <= P	0.0047

Annexe 7 :

Le calendrier vaccinal recommandé pour les 0-4 ans

Dès le premier mois	B.C.G.	La vaccination B.C.G. précoce est réservée aux enfants vivants dans un milieu à risque. La vaccination par le B.C.G. doit être pratiquée avant l'entrée en collectivité incluant la garde par une assistante maternelle. L'épreuve tuberculinique doit être pratiquée 3 à 12 mois plus tard.
A partir de deux mois	D.T.Coq.Polio (Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Polio) Haemophilus influenzae b Hépatite B : 1^{ère} injection	Le vaccin polio injectable est recommandé, pour les primo-vaccinations et les rappels, en réservant le polio oral uniquement pour des situations épidémiques
3 mois	D.T.Coq.Polio (Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Polio) Haemophilus influenzae b Hépatite B : 2^{ème} injection	
4 mois	D.T.Coq.Polio (Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Polio) Haemophilus influenzae b	
10-15 mois	Hépatite B : 3^{ème} injection	
A partir de 12 mois	R.O.R (Rougeole Oreillons, Rubéole) : 1^{ère} dose	La vaccination associée Rougeole Oreillons, Rubéole est recommandée de façon indiscriminée pour les garçons et les filles . La vaccination contre la rougeole peut être pratiquée plus tôt, à partir de 9 mois pour les enfants vivants en collectivité, suivi d'une revaccination 6 mois plus tard en association avec les oreillons et la rubéole .
16-18 mois	D.T.Coq.Polio (Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Polio) Haemophilus influenzae b 1^{er} rappel	
Avant 6 ans	B.C.G R.O.R (Rougeole Oreillons, Rubéole) : 2^{ème} dose	La vaccination pour le B.C.G. doit être pratiquée pour l'entrée en collectivité. Une deuxième vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole , est recommandée entre 3 et 6 ans.

Annexe 8 :

Répartition des aides sociales

Nombre d'enfants	Nombres d'aides		
	Une aide	Deux aides	Trois aides
1		A.P.J.E. + Compl. familial	Alloc. familiales + A.E.S. + complément familial
1		A.P.J.E. + A.P.L.	Alloc. familiales + A.E.S. + A.P.L.
1		A.P.J.E. + Alloc de soutien familial	
2		Alloc. Familiales + A.P.L.	Alloc. familiales + A.P.J.E. + A.P.L.
3	A.E.S.		
4		Alloc. familiales + A.E.S.	
5			Alloc. familiales + A.E.S. + A.P.E.
6			Alloc. familiales + A.P.J.E. + Compl. familial
7			Alloc. familiales + A.P.E. + A.P.L.
24		Alloc. familiales + A.P.E.	
40	Alloc. familiales		
40	A.P.J.E.		
57		Alloc. familiales + A.P.J.E.	
Total	83	90	22

Annexe 9 :

Loi portant création d'une couverture maladie universelle

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999

NOR:MESX9900011L

**TITRE PRÉLIMINAIRE :
DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE.**

Article 1

Il est créé, pour les résidents de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer, une couverture maladie universelle qui **garantit à tous une prise en charge des soins** par un régime d'assurance maladie, et **aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais.**

Annexe 10 :

Déclaration des droits de l'enfant

PRINCIPE CINQUIÈME :

L'enfant physiquement, mentalement, **socialement désavantagé**, doit recevoir le traitement, l'éducation et les soins spéciaux que nécessite son état ou sa situation.

Annexe 11 :

La différence de terme chez les prématurés des hospitalisations sociales et non sociales

Terme en semaines d'aménorrhée (S.A.)	Nombre d'enfant dans la population des hospitalisations « sociales »	Nombre d'enfant dans la population des hospitalisations « non sociales »
27	0	1
28	1	2
30	0	1
31	1	0
32	3	1
33	1	1
34	0	2
35	1	3
36	4	7

Annexe 12 :

Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions



LOI n° 98-657 du 29 juillet 1998

NOR:MESX9800027L

Article 1

*Abrogé par Ordonnance 2000-1249 2000-12-21 art. 4 II 29°
sous réserve des dispositions de l'art. 5 II 8° JORF 23
décembre 2000.*

La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation.

La présente loi tend à garantir sur l'ensemble du territoire **l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux** dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection **de la santé**, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance.

L'État, les collectivités territoriales, les établissements publics dont les centres communaux et intercommunaux d'action sociale, les organismes de sécurité sociale ainsi que les institutions sociales et médico-sociales participent à la mise en oeuvre de ces principes.

Ils poursuivent une politique destinée à connaître, à prévenir et à supprimer toutes les situations pouvant engendrer des exclusions.

Ils prennent les dispositions nécessaires pour informer chacun de la nature et de l'étendue de ses droits et pour l'aider, éventuellement par un accompagnement personnalisé, à accomplir les démarches administratives ou sociales nécessaires à leur mise en oeuvre dans les délais les plus rapides.

VU

NANCY, le **31 JUILLET 2003**

Le Président de Thèse

NANCY, le **12 SEPTEMBRE 2003**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur **M. VIDAILHET**

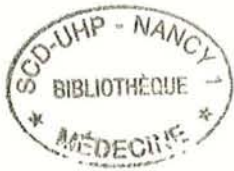
Professeur **P. NETTER**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **22 SEPTEMBRE 2003**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **C. BURLET**



En raison des anomalies du système de soin actuel, l'hôpital pédiatrique garde sa fonction sociale initiale.

Notre étude prospective, réalisée dans le secteur 1 du service de médecine infantile 3 du CHU de Nancy, concerne 239 enfants de 0 à 4 ans et se propose de décrire les caractéristiques socio-économiques, les modalités d'admission et les pathologies de ces enfants hospitalisés de juin à septembre 2001. Par ailleurs nous avons tenté de mettre en évidence la place des hospitalisations « sociales » pendant cette période ainsi que le travail psychosocial qui en découle.

Nos résultats montrent que la plus grande partie des enfants hospitalisés sont issus de familles socialement vulnérables sinon précaires. Pour exemple, les taux de familles nombreuses (36 %) ou monoparentales (15 %) et de mères inactives (67 %) sont plus importants que les moyennes nationales, ces critères étant fortement corrélés aux risques de pauvreté. Ces enfants vivent donc le plus souvent en appartement surpeuplé et bénéficient de la CMU et de minima sociaux.

L'étude des diagnostics posés permet de retrouver 7,7 % d'hospitalisation pour problème social isolé et 27 % d'hospitalisation « sociales » selon nos critères qui dépendent du contexte social, de l'attitude parentale initiale, de la clinique, ainsi que de la présence parentale et de la durée d'hospitalisation (prolongation non justifiée).

Enfin malgré le rôle déterminant de l'assistante sociale hospitalière, seules 13 % des hospitalisations ont abouti à une prise en charge sociale.

Nous pouvons donc penser que l'hôpital pédiatrique est le lieu de soin privilégié d'enfants « à risque social » et qu'il a un rôle à jouer dans la lutte contre l'exclusion sociale. Il nous paraît donc utile de développer la prise en charge des problèmes sociaux à l'hôpital grâce à la participation d'un personnel formé et actif et de mieux définir les besoins de ces familles grâce à des travaux de recherche clinique.

**THE SOCIAL FUNCTION OF THE PEDIATRIC HOSPITAL:
PROSPECTIVE STUDY ON 239 CHILDREN IN THE C.H.U. OF NANCY
(FRANCE) BETWEEN JUNE AND SEPTEMBER 2001**

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE- ANNÉE 2003.

**MOTS CLEFS : HÔPITAL, ENFANTS, FACTEUR SOCIO-ÉCONOMIQUE,
HOSPITALISATIONS SOCIALES, ÉTUDE PROSPECTIVE, SANTÉ
PUBLIQUE.**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
9 avenue de la forêt de Haye
54505- VANDOEUVRE LES NANCY cedex
