



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-thesesexercice-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 DE LORRAINE
2015

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

Alicia CAUTENET

Le 26 janvier 2015

**Consultations pédopsychiatriques aux urgences pédiatriques du
CHU de Nancy : profil et comparaison à 10 ans**

Examineurs de thèse :

M. B. KABUTH	Professeur	Président
M. R. SCHWAN	Professeur	Juge
M. F. FEILLET	Professeur	Juge
Mme F. LIGIER	Docteur	Juge et directeur



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-Doyen « Formation permanente » : **Professeur Hervé VESPIGNANI**

Vice-Doyen « Vie étudiante » : **M. Pierre-Olivier BRICE**

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle et délégué FMN Paces :	Docteur Mathias POUSSEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
• « DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	
• « DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO
• « Gestion DU – DIU »	Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE
- Plan campus :	Professeur Bruno LEHEUP
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	Professeur Laurent BRESLER
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	Docteur Christophe NEMOS
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	Docteur Stéphane ZUILY
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Réingénierie professions paramédicales :	Mme la Professeure Annick BARBAUD

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN
Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN
Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - François PLENAT - Jean-Marie
POLU Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD
Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER
Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER
Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET
Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLERE
Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT
Professeur Jacques POUREL - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Michel WAYOFF

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

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

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

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

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

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

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

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

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

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUUEL – Professeur Christian BEYAERT

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

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

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

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

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

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

Professeure Marie MACHOUART

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

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

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-NAVIER – Professeur François ALLA

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

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)

Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

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

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

Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

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 - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (pharmacien)

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

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

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

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

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

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

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

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

Professeur Thierry FOLLIGUET

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

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

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

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

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

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

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

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

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

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

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

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

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

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

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

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

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

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

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

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

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

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

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

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

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

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA (*stagiaire*)

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

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

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH (*stagiaire*)

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

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

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

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

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

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

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

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

Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences*)

3^{ème} sous-section : (*Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales*)

Docteure Sandrine HENARD

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

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

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN –

Docteure Nelly AGRINIER (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique)*)

Docteur Aurore PERROT (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : oncologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

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

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

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

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

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

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

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

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

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

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

Docteur Stéphane ZUILY

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

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

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX (stagiaire)

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

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

*À Mon Maître et Président de thèse,
Monsieur le Professeur Bernard KABUTH
Professeur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Docteur en psychologie*

Vous m'avez fait le grand honneur d'accepter la présidence de mon jury de thèse, et je vous en remercie infiniment.

Veillez recevoir toute ma gratitude ainsi que mon profond respect pour la qualité et la richesse de votre enseignement, ainsi que pour votre pédagogie, que ce soit lors des séminaires de pédopsychiatrie ou au cours du stage effectué dans votre service.

*À mon Maître et juge,
Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN
Professeur de Psychiatrie de l'adulte*

Je suis particulièrement honorée par votre participation à mon jury de thèse.

Je vous remercie pour la qualité de l'enseignement que vous nous prodiguez lors des séminaires en psychiatrie de l'adulte.

Veillez trouver à travers ce travail l'expression de mon profond respect.

*À mon Maître et juge,
Monsieur le Professeur François FEILLET
Professeur de pédiatrie*

Je vous suis très reconnaissante de me faire l'honneur de juger ce travail.

Veuillez recevoir toute ma gratitude et mon plus profond respect.

À ma Juge et Directrice,

Madame le Docteur Fabienne LIGIER

Docteur en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Je vous suis infiniment reconnaissante d'avoir accepté de diriger ce travail.

Un grand merci pour votre disponibilité, votre patience, votre bienveillance, et vos conseils avisés qui m'ont été d'une aide précieuse tout au long de l'élaboration de ce travail, ainsi que durant mon stage de pédopsychiatrie.

Merci également pour la qualité de votre enseignement.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect et de mon admiration.

À ma famille

Merci à mes parents pour tellement de choses. Votre éducation, votre affection, votre soutien inconditionnel et votre dévouement m'ont portée et permis de me construire. C'est en grande partie grâce à vous que j'en suis là aujourd'hui.

À mes beaux parents, Claire et Eric qui m'ont également beaucoup apporté. Je me suis enrichie à vos côtés.

À mon petit frère Loïc, je suis très fière de la personne que tu es.

À ma cousine et amie, Déborah, pour ta générosité et tes encouragements.

À mon compagnon, Antoine, 11 ans que tu illumines ma vie, merci pour ta présence et ton soutien quotidien.

À ma fille Emma, je t'aime à l'infini.

Et à toute ma famille, avec une pensée particulière pour ma tante Alice et pour mes grands-parents, ici bas ou ailleurs.

À mes amis

À Alice, mon amie d'enfance, toujours là malgré la distance. Ton amitié m'est précieuse.

À mes amis d'études, Steph, Sandy et Ghislain, je sais pouvoir toujours compter sur vous, merci pour tous les bons moments passés ensemble.

Merci également à tous mes co-internes et amis.

À mes collègues

*À toutes les personnes que j'ai rencontrées au cours de mes stages ou séminaires et qui m'ont tant apporté.
Merci aux médecins, infirmiers, et secrétaires, qui m'ont enrichie de leur expérience et fait grandir.*

À toute l'équipe du CMP Winnicott pour leur accueil chaleureux et leur gentillesse. J'ai aimé travailler auprès de vous, et j'ai beaucoup appris de nos échanges. Merci en particulier au Dr TAILLEMITTE pour sa bienveillance, ses conseils, et le temps libre qu'elle m'a octroyé afin de terminer ce travail dans les délais.

Merci également à l'équipe du SST de Jury, et en particulier aux Drs HIEGEL et POUCLET, pour leur soutien dans la dernière ligne droite.

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 ».

SOMMAIRE

I. CONTEXTE.....	17
III. OBJECTIF DE L'ÉTUDE	22
IV. MÉTHODOLOGIE.....	23
1/ Type d'étude.....	23
2/ Population étudiée	23
a) Description de la structure et du fonctionnement de l'accueil des urgences pédiatriques	23
b) Critères d'inclusion	24
3/ Recueil des données	24
4/ Analyse statistique	27
V. RÉSULTATS	28
1/ Effectif des consultations	28
2/ Variables temporelles.....	29
a) Répartition mensuelle sur les 6 mois étudiés	29
b) Répartition horaire	29
c) Répartition journalière	30
3/ Variables sociodémographiques.....	31
a) Consultations multiples	31
b) Sexe.....	31
c) Âge	31
d) Âge en fonction du sexe.....	32
e) Adresseurs	33
f) Scolarité	34
g) Mode d'hébergement	35
h) Structure familiale.....	35
i) Parent décédé	36
j) Fratrie.....	36
4/ Variables étiopathogéniques	37
a) Motif.....	37
b) Sexe en fonction des principaux motifs	38
c) Âge en fonction des principaux motifs	39
d) Antécédent de suivi psychologique	40
e) Antécédent d'hospitalisation pour motif psychiatrique	40
f) Comorbidités	40
g) Prise en charge par l'ASE	40

h) Adoption	41
i) Diagnostic	41
j) Sexe en fonction des principaux diagnostics	42
k) Âge en fonction des principaux diagnostics	43
5/ Pratiques.....	44
a) Orientations thérapeutiques.....	44
b) Répartition des taux d'hospitalisation pour les principaux motifs.....	44
c) Répartition des taux d'hospitalisation pour les principaux diagnostics	45
d) Durée d'hospitalisation	45
VI. DISCUSSION	46
1/ Profil des consultations et évolution entre 2003 et 2013	46
a) Hausse des consultations et implications	46
b) Consultations multiples.....	49
c) Caractéristiques sociodémographiques et étiopathogéniques	50
2/ Motifs et diagnostics	59
a) Motifs	59
- Motifs selon le sexe	61
- Motifs selon l'âge	61
b) Diagnostics.....	62
- Diagnostics selon le sexe et l'âge	63
3/ Orientation.....	64
a) Orientation en fonction du motif.....	65
b) Orientation en fonction du diagnostic.....	66
c) Durée d'hospitalisation	66
4/ Perspectives d'évolution	67
VII. LIMITES DE L'ÉTUDE ET POINTS FORTS	72
VIII. SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE	74
IX. CONCLUSION.....	76
X. ANNEXES	78
Annexe 1 : Caractéristiques des consultations de 2003 et de 2013 et comparaison des deux années	78
Annexe 2 : Caractéristiques des consultations en 2013 : comparaison entre les consultations non répertoriées et répertoriées	79
XI. BIBLIOGRAPHIE	80

I. CONTEXTE

Tout professionnel de la psychiatrie est confronté au cours de sa carrière à des situations critiques, dont le caractère parfois urgent porte à polémique.

Si certains auteurs distinguent les notions d'« urgence vraie » et d'« urgence ressentie » (1)(2)(3)(4), d'autres insistent sur le fait que c'est l'évaluation du degré de gravité de l'état psychique du sujet, par lui et/ou son entourage, qui définit l'urgence, annihilant ainsi toute distinction (5).

Néanmoins, si la notion d'« urgence » est fréquemment confondue avec celle de « crise », la différence ici est importante puisque la crise marque une rupture dans un tableau évoluant insidieusement (6).

Cette discontinuité reflète le déséquilibre qui survient alors dans le psychisme du patient et/ou de ses proches qui se retrouvent débordés dans leurs capacités de contenance.

En pédopsychiatrie tout particulièrement, l'appréhension de la dimension environnementale et notamment familiale fait partie intégrante de la démarche de soin.

La crise est donc situationnelle et n'impose pas fondamentalement une intervention urgente, ce qui amène à la notion d'« urgence différée ».

Selon Marie Jeanne Guedj (7), la crise est un « processus développemental maturant », qui peut déboucher soit sur un nouvel équilibre, soit, si elle évolue mal, sur l'urgence proprement dite.

C'est donc l'expression du déséquilibre, s'il n'est pas rétabli à temps, qui peut amener à une situation d'urgence, sur un mode transnosographique, allant du plus comportemental au plus intrapsychique, et pouvant toucher le patient et ceux qui l'entourent.

Par ailleurs, le moment de la crise apparaît particulièrement fécond pour « conflictualiser psychiquement » la souffrance, en court-circuitant le passage à l'acte, pour l'inscrire dans un processus narratif afin de rétablir la continuité psychique du sujet et de son entourage et d'aboutir à un équilibre plus adapté (1)(3)(7)(8)(9).

Pour ce faire, la continuité des soins est cruciale, mais peut être mise à mal par des problèmes de logistique : manque de place en hospitalisation, délai d'attente prolongé avant une prise en charge ambulatoire...

En toile de fond de cette réalité quotidienne, tous les praticiens s'accordent sur un constat : celui du nombre de consultations aux urgences qui semble en constante augmentation depuis plusieurs décennies, avec des motifs parfois controversés.

La part des consultations pédopsychiatriques représente selon les études françaises, espagnoles ou américaines, entre 0,2% et 5% de toutes les visites aux urgences pédiatriques (10)(11)(12)(13)(14)(15)(16)(17), venant alourdir la charge de travail des professionnels impliqués et épuiser les ressources sanitaires (13)(14)(18).

En France, une étude rétrospective et comparative sur 20 ans menée par Blondon et al. (8) au CHU de La Pitié Salpêtrière à Paris, dans l'unité d'accueil des urgences du service de pédopsychiatrie, montre une augmentation des consultations avec 85 patients venus en 1981, puis 196 en 1992 (plus 130%) et 314 en 2002 (plus 60% par rapport à 1992), soit une augmentation de près de 270% entre 1981 et 2002. L'évolution des caractéristiques sociodémographiques, psychiatriques et pratiques entre 1992 et 2002 est exposée dans cet article. Il s'agit à notre connaissance de la seule étude de ce type en France. Toute son originalité réside dans la vision diachronique qu'elle propose, avec une lecture à la fois statique et dynamique dans le temps, des critères de ces consultations.

Au Canada, l'étude de Newton et al. (19) décrit une hausse de 15% de ces consultations entre avril 2002 et mars 2006 dans les services d'accueil d'urgence d'Alberta.

Cette hausse des consultations peut être mise en perspective avec l'état de santé mentale général de la population pédiatrique. Ainsi, les études épidémiologiques estiment, selon l'INSERM, que 10% des enfants et 15% des adolescents présentent un trouble mental en France (20).

A l'échelle mondiale, l'OMS retrouve un pourcentage similaire, de 10 à 20% des enfants et des adolescents (21). Le Professeur Fombonne annonce même une prévalence d'un enfant sur huit dans une revue de la littérature datant de 2005 (22).

Selon les prévisions de l'OMS, ce pourcentage devrait atteindre 50% en 2020, ce qui placerait les troubles mentaux comme l'une des cinq principales causes de morbidité chez l'enfant.

En parallèle, plusieurs études françaises et nord-américaines constatent une diminution des consultations « urgentes » et font plutôt état de « crises » (8)(12)(14)(23).

Ainsi, dans l'étude rétrospective d'Edelsohn et al. (23) menée de juin 1997 à juillet 1998, au sein du service d'accueil des urgences pédopsychiatriques d'un centre médical de Philadelphie, 40% des consultations étaient déjà classées « non urgentes ».

L'équipe de Stills et Bland, dans une étude menée de janvier 1993 à 1999 aux Etats-Unis, retrouvait également une hausse des demandes pour des motifs considérés comme non urgents, avec une stagnation des troubles psychotiques et des tentatives de suicides notamment (12). Ces études montrent qu'il y a davantage d'urgences différées, et moins d'urgences interventionnelles.

En France, une des priorités du Plan de Santé Mentale de 2001 est l'amélioration de l'accueil aux urgences psychiatriques (24).

Cet objectif est d'autant plus pertinent que l'accueil aux urgences constitue, pour la majorité des jeunes, le premier contact avec le milieu psychiatrique, ce qui le rend décisif pour l'alliance thérapeutique et l'observance ultérieures (25).

En tant qu'interne en DES de psychiatrie, j'ai souvent été plongée au cœur de situations complexes, où le caractère urgent était prégnant et où la temporalité devenait relative dans la rencontre singulière. Tout l'enjeu était d'évaluer précisément le contexte environnemental, qu'il soit porteur ou au contraire délétère, et de départager l'aspect réactionnel d'éventuels troubles psychopathologiques sous jacents. Enfin, la demande formulée ainsi que les besoins non formulés devaient être ciblés pour y répondre de la manière la plus adaptée possible, avec un arsenal thérapeutique parfois limité.

Toutes ces raisons m'ont incitée à étudier en détail l'évolution de ces consultations aux urgences pédiatriques pour des motifs psychiatriques, afin d'essayer d'en comprendre les motivations, les caractéristiques intrinsèques et extrinsèques, en espérant contribuer à améliorer encore leur prise en charge ou tout au moins à dégager des pistes de réflexions sur la manière de les appréhender.

Après une justification, une présentation de l'étude puis de ses résultats, nous discuterons des consultations et de leur évolution en nous appuyant sur les données de la littérature et en tentant d'apporter quelques éléments de réponse théoriques aux changements constatés.

Nous finirons par une réflexion globale sur l'organisation des soins, et leur perspective d'évolution.

II. JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

La prise en charge en urgence de problématiques pédopsychiatriques concerne tout praticien de la psychiatrie et de la pédiatrie à un moment ou à un autre de sa carrière.

En outre, depuis son implantation aux urgences pédiatriques en 1985, la pédopsychiatrie est sollicitée par les médecins des urgences pour des motifs de plus en plus diversifiés. Cette tendance vient rendre compte d'une collaboration indispensable entre pédiatres et pédopsychiatres dans l'abord de problématiques somatiques et psychologiques souvent intriquées (22).

Cette étude s'adresse à la majorité des praticiens des deux disciplines, et permet de mettre en évidence et de renforcer ce travail partenarial.

Par ailleurs, l'étude des consultations pédopsychiatriques aux urgences pédiatriques est un sujet d'actualité, situé, nous l'avons vu, au confluent de deux axes majeurs de Santé Publique :

- il s'agit d'une part, de l'inflation croissante des demandes de soin ;
- d'autre part de l'augmentation de la prévalence des troubles de santé mentale chez les enfants et les adolescents qui vient probablement traduire un malaise plus global.

L'étude de cette population répond de surcroît aux directives françaises et internationales visant à mieux cerner la population et sa demande dans un premier temps, et à adapter l'offre de soins dans un deuxième temps (20)(21)(26)(27).

De par son caractère épidémiologique, cette étude peut aussi venir étayer l'évaluation globale du profil de ces consultations, d'autant plus que les études longitudinales actuelles sur la thématique, très hétérogènes, n'offrent qu'une vision parcellaire et qu'elles sont encore peu développées en France. Or, seul ce type d'étude permet d'examiner le rôle étiologique des facteurs de risques et d'identifier les mécanismes psychopathologiques (22).

Enfin, les urgences peuvent être considérées comme le baromètre du système de soins, car elles sont souvent, comme nous l'avons vu, le premier recours au soin psychiatrique pour les jeunes qui ne trouvent parfois pas de réponses dans d'autres structures de soins. Elles se

situent également à l'interface des autres structures, dans le cadre du travail en réseau que la continuité des soins implique (12)(23). Cette étude ouvre donc à une réflexion plus générale sur le système de soins en psychiatrie infanto-juvénile.

III. OBJECTIF DE L'ÉTUDE

L'objectif principal est de comparer les caractéristiques intrinsèques (temporelles, sociodémographiques et étiopathogéniques) des consultations pédopsychiatriques aux urgences de l'Hôpital d'enfants du CHU de Nancy entre 2003 et 2013.

L'objectif secondaire est de comparer les caractéristiques extrinsèques (pratiques) de ces consultations entre les deux années étudiées.

Pour cela, nous formulerons deux hypothèses :

Hypothèse H0 : il n'existe pas de différence significative des caractéristiques intrinsèques des visites, entre les années 2003 et 2013.

Hypothèse H1 : il existe une différence significative des caractéristiques intrinsèques des visites, entre les années 2003 et 2013.

IV. MÉTHODOLOGIE

1/ Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, analytique, rétrospective, descriptive, comparative, et unicentrique.

Le caractère rétrospectif de cette étude a été retenu du fait de sa faisabilité en terme de temps et de coût (9).

2/ Population étudiée

a) Description de la structure et du fonctionnement de l'accueil des urgences pédiatriques

Les urgences pédopsychiatriques sont accueillies sur deux sites :

- au service des urgences pédiatriques (SUP) de l'hôpital d'enfants à Brabois, pour les enfants âgés de moins de 18 ans ;
- au sein du service d'accueil des urgences (SAU) de l'hôpital central pour les adolescents à partir de 15 ans et 3 mois.

Pour les patients admis au SUP, la prise en charge psychiatrique est réalisée en collaboration étroite avec le service de pédopsychiatrie situé à l'hôpital d'enfants et relevant du Centre Psychothérapique de Nancy-Laxou (CPN).

Une permanence de soins associée à une astreinte opérationnelle permet une continuité des soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. C'est l'équipe de pédopsychiatrie de l'hôpital d'enfants qui intervient la journée, de 8h30 à 18h30, alors que l'astreinte est assurée par tous les pédopsychiatres du pôle infanto-juvénile du CPN.

A leur arrivée dans le service, les patients bénéficient d'une première évaluation pédiatrique réalisée par l'interne ou par le médecin praticien.

Dans un second temps, une consultation pédopsychiatrique peut être demandée pour avis et prise en charge.

Concernant l'hospitalisation en pédopsychiatrie dans le secteur, le psychiatre dispose de 29 lits dont 19 disponibles pour les urgences : 10 de ces 19 lits se situent dans le service de psychiatrie infanto-juvénile au 3^{ème} étage de l'hôpital d'enfants, et les 9 autres se situent au sein de l'unité Horizon du CPN.

Il a également la possibilité d'hospitaliser un patient dans un lit « d'hébergement » dans un autre service de l'hôpital d'enfants.

Ces dernières années, le service des urgences pédiatriques du CHU de Nancy comptabilise en moyenne 25 000 passages chaque année.

b) Critères d'inclusion

Est incluse dans l'étude toute consultation psychiatrique de patient s'étant présenté aux urgences pédiatriques de l'Hôpital d'Enfants de Brabois sur les 2 périodes étudiées : entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2003 d'une part et entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2013 d'autre part.

Un même patient peut donc être comptabilisé plusieurs fois car c'est le profil des consultations que nous analysons, comme habituellement réalisé dans la littérature (11)(12)(14)(17)(19)(23)(28)(29)(30)(31)(32).

3/ Recueil des données

→ Origine :

- Année 2003 : Dossiers archivés au Département d'Information Médicale du CPN.
- Année 2013 : dossiers informatisés consultables via le logiciel CIMAISE (mis en place en 2004).

L'identité des sujets concernés a tout d'abord été relevée dans les cahiers « SUP » (Service des Urgences Pédiatriques) du service de pédopsychiatrie du CHU de Brabois. Ces cahiers regroupent les demandes de consultation émanant de l'équipe des urgences, qui sont retranscrites par l'équipe infirmière du service de pédopsychiatrie.

Nous nommerons le listing constitué à partir des cahiers du SUP, « la liste infirmière ».

Pour l'année 2013, le listing a pu être complété par la liste informatisée de ces consultations ; les consultations apparaissant à la fois sur la liste infirmière et sur le listing informatique sont nommées « répertoriées », tandis que celles qui n'apparaissent que sur le listing informatique sont nommées « non répertoriées ».

→ Variables :

- Temporelles :

- récidives : oui / non ;
- mois de consultation ;
- jour : semaine / week-end ;
- horaire:
 - [8h-12h[, [12h-16h[, [16h-20h[, [20h-0h[, [0h-8h[;
 - avant 18h30 / après 18h30 (cf. astreinte de nuit) ;

- Sociodémographiques :

- sexe ;
- âge moyen et par tranches : < 7 ans, [7ans-11 ans[, [11 ans-15 ans[, [15 ans-19 ans[, ≥ 19 ans ;
- adresseur : entourage familial et responsables légaux, psychiatres et psychologues, médecin non psychiatre, institutions (école, foyer et famille d'accueil), patient lui-même, amis ou assimilés, réquisition ou autre ;
- structure familiale : biparentale en couple, biparentale séparée (présence effective des deux parents), monoparentale seule (présence effective d'un seul parent), ou monoparentale recomposée ;
- hébergement : domicile parental, famille autre, ou en foyer et famille d'accueil ;
- fratrie : oui/ non ;

- scolarité : ordinaire sans retard, ordinaire avec retard, en filière spécialisée, en filière professionnelle, exclusion/ déscolarisation ;
- Ethiopathogéniques :
 - motif : troubles du comportement (agitation/ hétéro agressivité/ fugue), anxiété, troubles de l'humeur (comprenant les idées suicidaires), tentatives de suicide, troubles du comportement alimentaire, intoxication sans intentionnalité suicidaire, victime d'harcèlement/ agression physique ou verbale, conflit familial, auto mutilation, ou autre (malaise/ refus scolaire/ trouble du sommeil/ conversion hystérique/ prostration/ jeux dangereux) ;
 - antécédents de suivi : actuel, ancien ou absent ;
 - antécédents d'hospitalisation pour motif psychiatrique ;
 - comorbidités : personnelles somatiques, personnelles psychiatriques (troubles envahissants du développement/ retard mental/ dyslexie/ antécédents d'agression sexuelle, physique autre ou verbale/ maltraitance), et familiales somatiques/psychiatriques, à partir du moment où elles étaient notifiées dans le dossier. A savoir que les cas de maltraitance ont été cotés pour les deux types de comorbidités (personnelles et familiales) quand elles étaient prodiguées par l'entourage familial direct (parents du premier degré, tuteur).
 - diagnostic : dernier diagnostic posé par un interne en psychiatrie ou un psychiatre, soit lors du passage aux urgences, soit lors du suivi, et basé sur la CIM-10 (33)). Dans notre étude :
 - F1 : troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives ;
 - F2 : schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants ;
 - F3 : troubles de l'humeur [affectifs] ;
 - F4 : troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes ;
 - F6 : troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte ;
 - F8 : troubles du développement psychologique ;

F9 : troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, ou trouble mental sans précision (F99) ;
F 10 : pas de diagnostic psychiatrique.

○ Pratiques :

- orientation : retour à domicile avec suivi, retour à domicile sans suivi, hospitalisation en pédiatrie, hospitalisation en psychiatrie ;
- durée du séjour hospitalier : ≤ 7 jour ou > 7 jours.

4/ Analyse statistique

Le logiciel Statistical Analysis System (version 9.3 pour Windows) a été utilisé pour ces analyses.

Pour les analyses descriptives, les données qualitatives ont été décrites en effectif et en pourcentage et les données quantitatives en moyenne avec son écart type.

Pour les analyses comparatives, le test du Khi 2 pour les variables qualitatives, et le test du t de Student pour les variables quantitatives, ont été utilisés pour comparer les caractéristiques des consultations de l'année 2013 par rapport à celles de l'année 2003 lorsque les conditions d'utilisation des tests étaient respectées.

Les résultats ont été considérés comme significatifs pour $p < 0,05$.

V. RÉSULTATS

Les résultats ont été analysés pour chaque variable, par une double lecture descriptive et comparative à 10 ans. Ils sont résumés sous forme d'un tableau en annexe 1.

1/ Effectif des consultations

Pour l'année 2003 : 97 consultations ont été recueillies.

Pour l'année 2013 : 212 consultations ont été recueillies.

Il y a deux fois plus de consultations en 2013 avec une augmentation calculée à 118,6% entre 2003 et 2013.

En 2013, 25 consultations de patients apparaissant dans la liste informatique ne figurent pas dans la liste infirmière, représentant 11,8% de consultations non répertoriées au total.

Le nombre de consultations incluses dans l'étude (qui repose sur la liste informatique) s'en retrouve majoré de 13,4% par rapport à la liste infirmière.

En extrapolant à l'année 2003, le nombre de consultations est estimé à 110 au lieu de 97, et l'augmentation entre les deux années à 92,7% au lieu de 118,6%.

La comparaison des critères sociodémographiques, étiopathogéniques ou d'ordre pratique ne met pas en évidence de différence significative entre les consultations non répertoriées et les consultations répertoriées, hormis pour 3 critères : les consultations adressées par l'entourage familial et les responsables légaux, la prise en charge par l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance), et les familles biparentales en couple qui sont respectivement 1,4, 1,5 et 1,7 fois plus représentées parmi les consultations non répertoriées ($p < 0,05$). Cf. annexe 2.

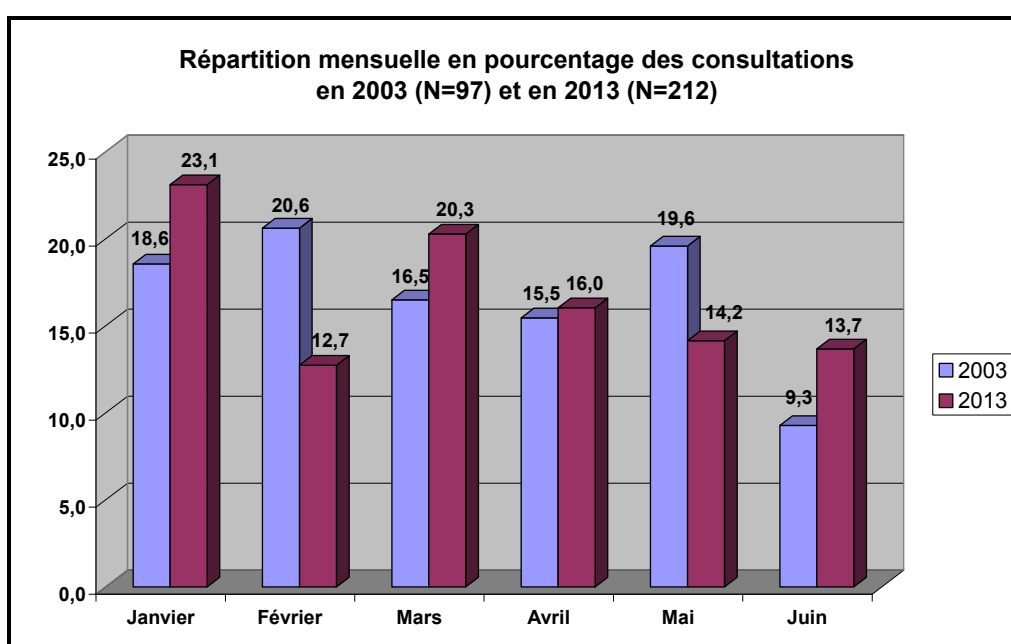
Au total, il y a eu 13 055 consultations aux urgences pédiatriques durant le semestre étudié en 2003, et 12 861 durant celui étudié en 2013.

La part des consultations pédopsychiatriques représente donc entre 0,7% et 0,8% de toutes les consultations pédiatriques aux urgences en 2003 selon le nombre de consultations retenu (répertorié ou estimé) et 1,6% en 2013.

2/ Variables temporelles

a) Répartition mensuelle sur les 6 mois étudiés

On constate globalement que les consultations ont tendance à être plus fréquentes en début d'année civile avec un pourcentage de 21,7% pour le mois de janvier des deux années confondues. Elles sont par contre moins fréquentes en fin d'année scolaire avec un pourcentage de 12,3% pour le mois de juin. Il n'y a pas de différence significative de répartition mensuelle entre les deux années.

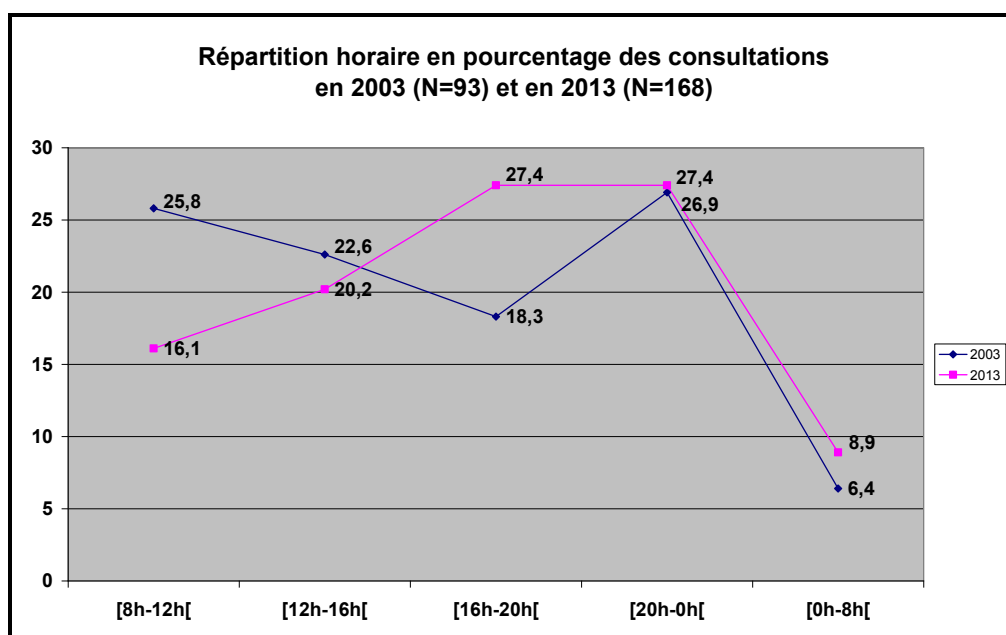


b) Répartition horaire

Sur l'année 2003, on constate un premier pic entre 8h et 12h (25,8% des consultations), une diminution des consultations jusqu'au créneau [16h-20h[, suivi d'un deuxième pic entre 20h et minuit (26,9%).

Sur l'année 2013, on assiste à une augmentation croissante des consultations qui atteignent un plateau de 16h à minuit (54,8%).

Pour les deux années, il y a une baisse d'activité équivalente après minuit, jusqu'au lendemain 8h.



Globalement, 77,8% des consultations du créneau [16h-20h[ont lieu avant 18h30 (heure de la fin de la permanence de soin et du début de l'astreinte) et 22,2% après.

La répartition des consultations se concentre davantage en 2013 sur la fin de journée, dans le créneau [16h-18h30[, sans différence significative ($p=0,06$).

c) Répartition journalière

On peut remarquer que, pour les deux années confondues, 81% des consultations ont lieu en semaine et 19% le week-end alors que le week-end représente 28,6% de la semaine. Il y a donc proportionnellement moins de consultations pendant le week-end, tendance qui se confirme en 2013 par rapport à 2003, mais de manière non significative ($p=0,26$).

En mettant ces résultats en perspective avec le calendrier des vacances scolaires de l'Académie Nancy-Metz, on s'aperçoit que seulement 10,5% des consultations ont lieu pendant la période des vacances scolaires et des jours fériés.

Sachant que cette période représente environ 21% du temps total de la période étudiée pour les deux années, on en déduit qu'il y a deux fois moins de consultations pendant les vacances scolaires et les jours fériés, et ce sans différence significative entre les deux années.

3/ Variables sociodémographiques

a) Consultations multiples

Si on détaille le nombre de consultations renouvelées durant la période d'étude :

- en 2003, les consultations multiples représentent 20,6% des consultations totales, et se limitent à 2 pour un même patient au cours des 6 mois de la période d'étude ;
- en 2013, les récurrences sont légèrement plus nombreuses, représentant 25% des consultations, et pouvant se répéter : si 10,4% des consultations se répètent deux fois pour un même patient, d'autres se répètent 3 fois (6 patients), 4 fois (4 patients), 5 fois (5 patients), et même 12 fois.

La différence entre les deux années n'est cependant pas significative.

Tableau 1 : Répartition du nombre de consultations par année

	Consultations uniques	Consultations multiples	Total
2003	77	20	97
2013	159	53	212
Total	236	73	309

b) Sexe

Le sex-ratio est en faveur des consultations féminines puisqu'elles représentent 62,2% des consultations sur les deux années. L'écart s'est creusé entre 2003 et 2013 mais sans différence significative.

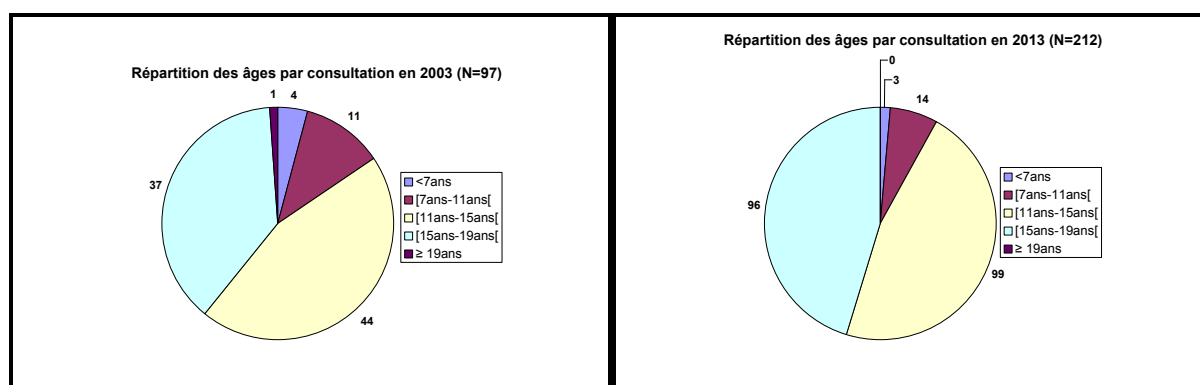
c) Âge

L'âge moyen des consultations est stable, passant de 13,9 ans (écart-type=3,3 ans) en 2003 à 14,1 (2,5) ans en 2013.

Concernant leur répartition, près de 90% des consultations concernent des patients âgés de 11 ans et plus sur les deux années : 46,3% ont entre 11 et 15 ans et 43% entre 15 et 19 ans.

La part des consultations concernant des patients d'âge inférieur à 11 ans (< 11 ans) a été divisée par deux, passant de 15,4% en 2003 à 7,7% en 2013 (RR=0,5 ; IC95% 0,2-0,9 ; p<0,05).

Celle des consultations concernant des patients d'âge supérieur à 11 ans ($\geq$ 11 ans) a donc augmenté de 84,6% à 92,3% (RR= 1,1 ; IC95% 1,0-1,2 ; p<0,05).

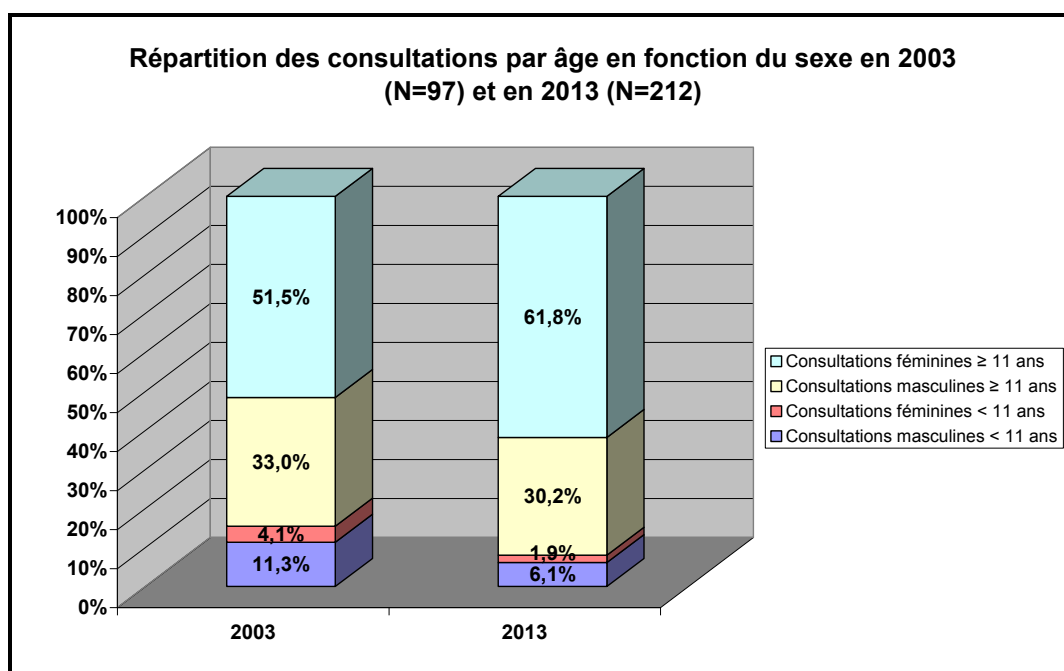


d) Âge en fonction du sexe

Les consultations masculines concernent des patients plus jeunes que les consultations féminines, avec un écart de 1,7 ans, qui reste stable entre les deux périodes étudiées :

Tableau 2 : Répartition des âges en fonction du sexe en 2003 et en 2013

Sexe	2003		2013	
	Âge	Ecart type	Âge	Ecart type
Féminin	14,6	2,9	14,7	2,0
Masculin	12,9	3,5	13,0	2,9

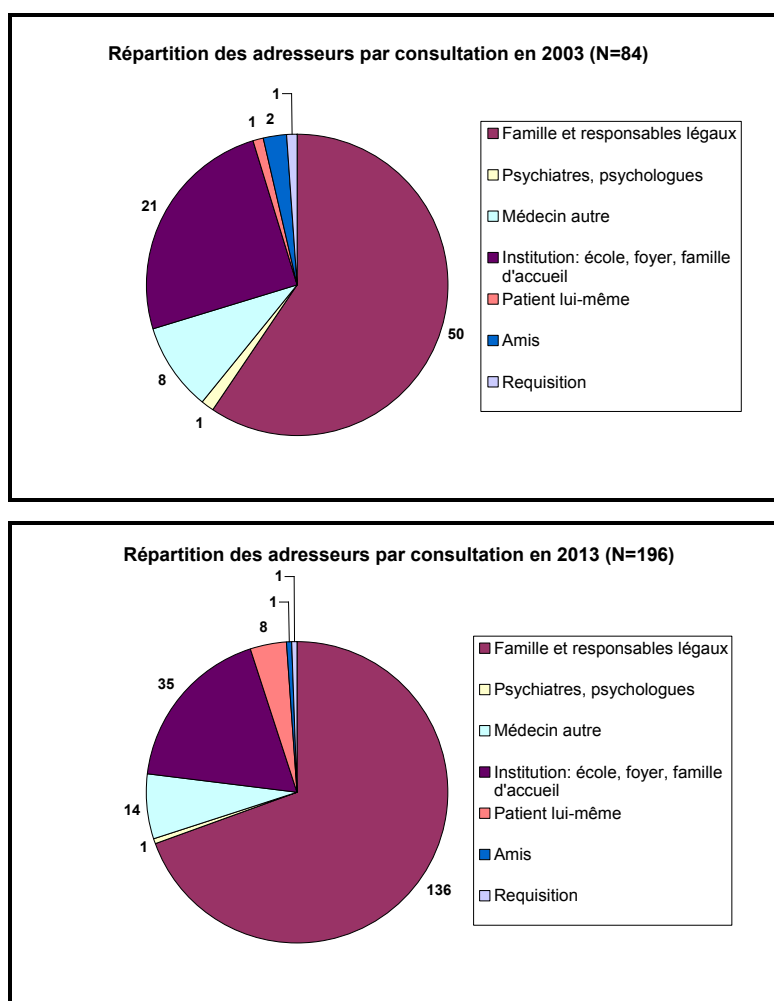


Pour les deux années, il y a deux fois plus de consultations masculines parmi les consultations faites par les patients < 11 ans que parmi celles faites par les patients ≥ 11 ans (RR=2,2, IC95%= 1,6-2,9 ; p<0,05).

e) Adresseurs

L'entourage familial, et les responsables légaux demeurent ceux qui sont le plus souvent à l'origine des demandes de consultation avec 66,4% des demandes sur les deux années, suivis par les institutions (école, famille d'accueil ou foyer) avec 20% des demandes, et les médecins non psychiatres (médecin traitant majoritairement), avec 7,9% des demandes.

On constate une hausse des demandes émanant de l'entourage familial et des responsables légaux ainsi qu'une baisse de celles émanant des institutions, mais sans significativité.



f) Scolarité

La majorité des consultations (56,3% sur les deux années) concerne des patients intégrés dans le circuit scolaire classique et sans retard, avec une stabilité sur les deux années.

Loin derrière, on retrouve la filière spécialisée (14,7%), puis les patients exclus ou déscolarisés (11,5%), les patients en milieu scolaire ordinaire avec retard (10,1%), et enfin les filières professionnelles (7,3%).

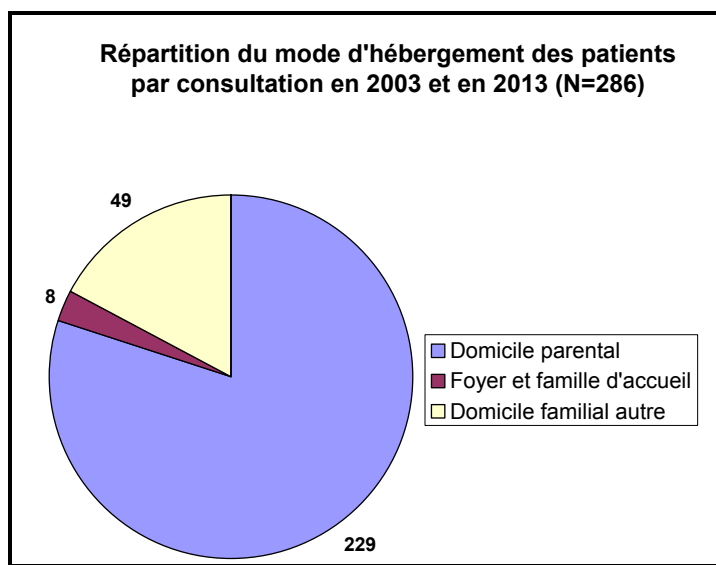
On constate une forte diminution de la filière « ordinaire avec retard » qui passe de 23,1% à 4,1% (RR=0,2 ; IC95% 0,1-0,4 ; p=0,0001).

En parallèle, on assiste à l'augmentation des filières spécialisées qui passent de 9,9% à 16,9%, de l'exclusion et de la déscolarisation allant de 7,7% à 13,3%, et à minima des filières professionnelles, de 5,5% à 8,2%, mais sans différences significatives entre les deux années.

g) Mode d'hébergement

Sur les deux années, 17,1% des consultations concernent des enfants qui vivent en foyer ou en famille d'accueil (14,2% en 2003 et 18,1% en 2013), alors que 80,1% vivent au domicile parental (75,6% et 81,9%) et 2,8% chez un autre membre de leur famille (4,4% et 2,1%).

On ne retrouve pas de différence entre les deux années.

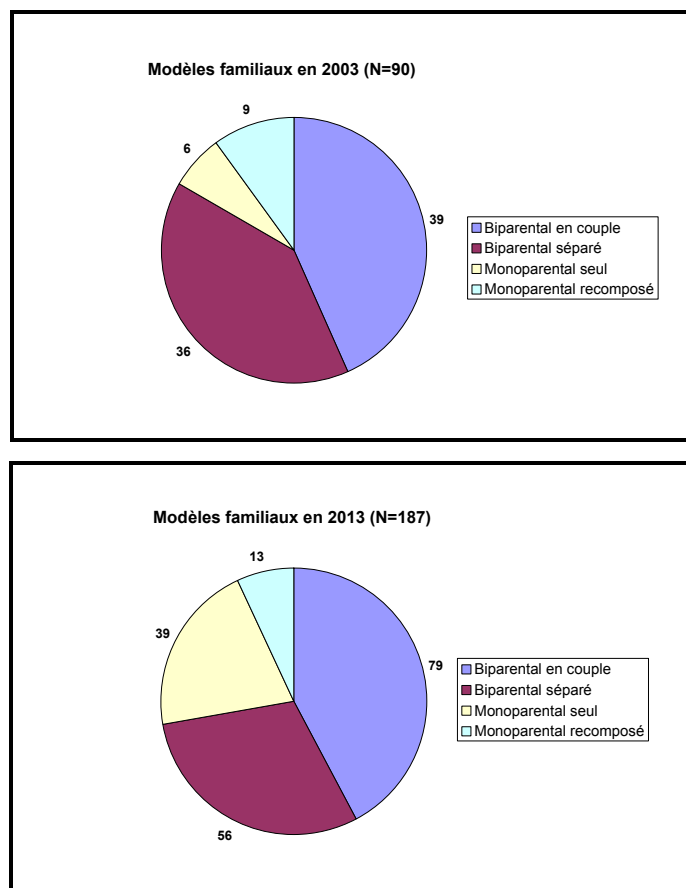


h) Structure familiale

Concernant la structure familiale, le modèle « biparental en couple » est prépondérant et stable sur les deux années, représentant 43,3% des consultations en 2003 et 42,3% en 2013.

On retrouve une augmentation importante du modèle « monoparental seul » qui passe de 6,7% en 2003 à 20,9% en 2013 (RR= 3,1 ; IC95% 1,4-7,1 ; p<0,01).

Les modèles « biparental séparé » et « monoparental recomposé » diminuent entre les deux années (respectivement de 40% à 29,9% et de 10% à 7%), mais sans significativité.



i) Parent décédé

Le taux de consultations pour des enfants ayant un parent décédé a diminué de 8,8% à 3,6%, sans différence significative entre les deux années.

j) Fratrie

Le taux de consultations faites pour des patients ayant des frères et sœurs a diminué entre 2003 et 2013 de 91,2% à 77,9%, tandis que les consultations d'enfants uniques ont plus que doublé passant de 8,8% à 22,1% (RR=2,5 ; IC95% 1,2-5,1 ; p<0,01).

4/ Variables étiopathogéniques

a) Motif

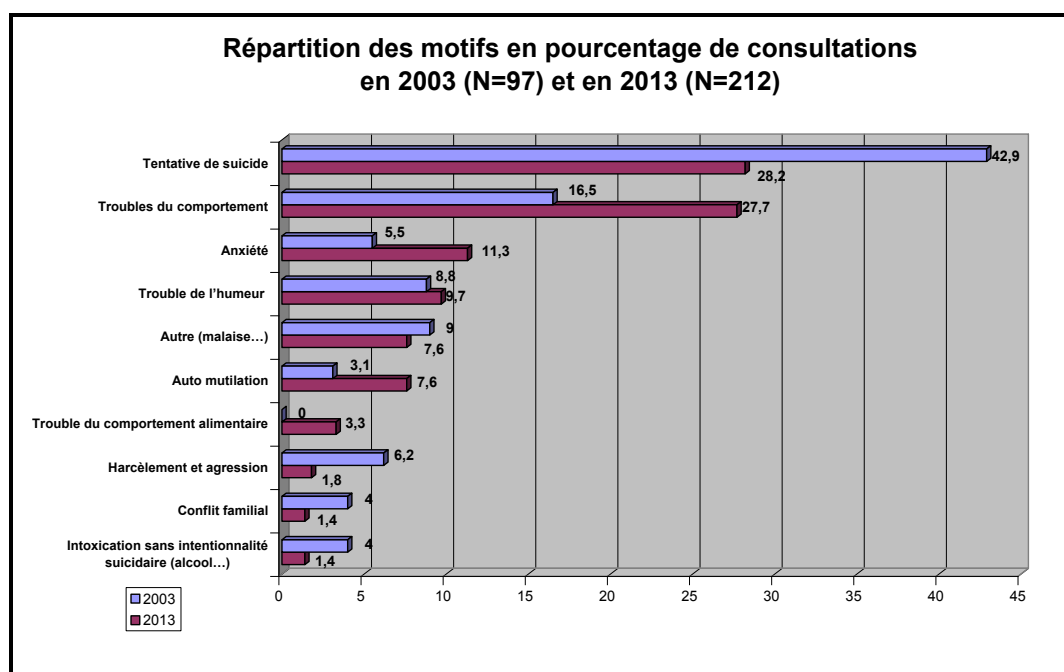
Par ordre décroissant sur les deux années, les principaux motifs sont : la tentative de suicide (32,9%), les troubles du comportement (24,1%), puis l'anxiété (9,4%).

Les augmentations entre les deux années concernent :

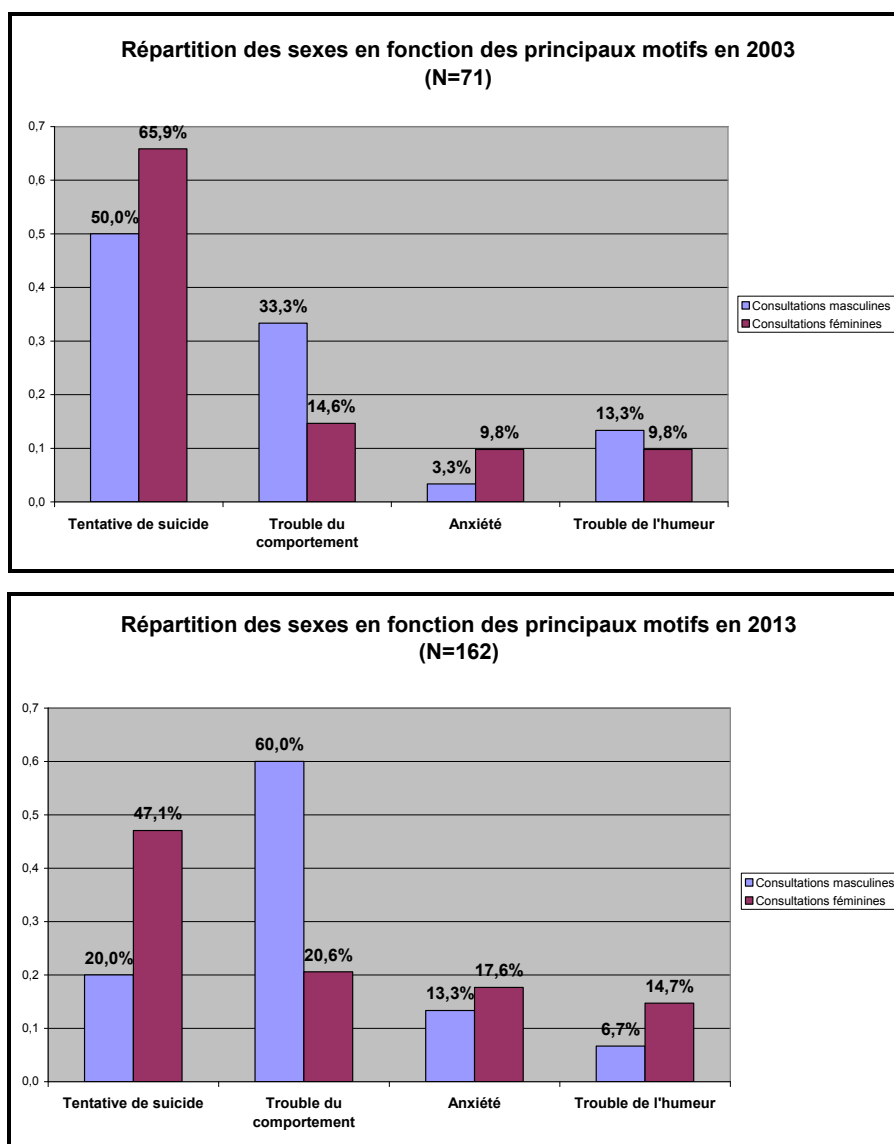
- les troubles du comportement qui passent de 16,5% à 27,7% (RR=1,7 ; IC95% 1,0-2,8 ; $p<0,05$) ;
- puis l'anxiété qui va de 5,5% à 11,3%, sans différence significative entre les deux années ;
- les troubles de l'humeur qui restent stables autour de 9% pour les deux années ;
- les conduites d'auto mutilation qui passent de 3,3% à 7,6%, sans différence significative.

Parallèlement, on assiste à la baisse des autres motifs, dont la plus importante est celle des tentatives de suicides qui vont de 42,9% à 28,2% (RR=0,7 ; IC95% 0,5-0,9 ; $p=0,01$).

Cette baisse est toutefois relative car il y a plus de tentatives de suicide en valeur absolue en 2013 (55 versus 39 en 2003).



b) Sexe en fonction des principaux motifs



Pour certains motifs, les consultations féminines sont les plus représentées :

- tentatives de suicide (64,2% en 2003 à 80% en 2013) ;
- anxiété (80% à 69,2%) ;
- troubles de l'humeur (50% à 78,9%).

Pour d'autres, les consultations sont essentiellement masculines :

- troubles du comportement (55,6% à 64,4%).

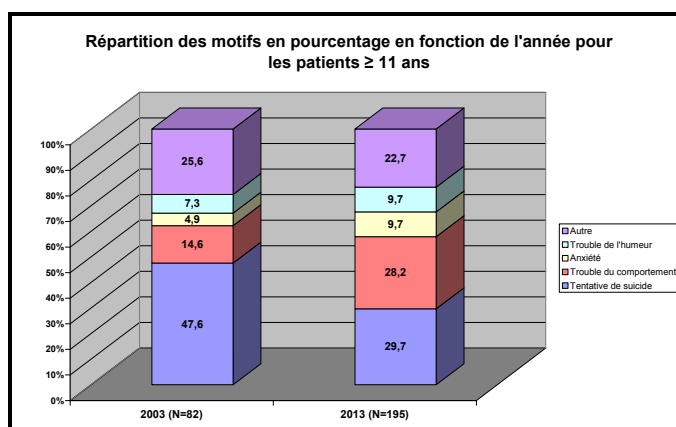
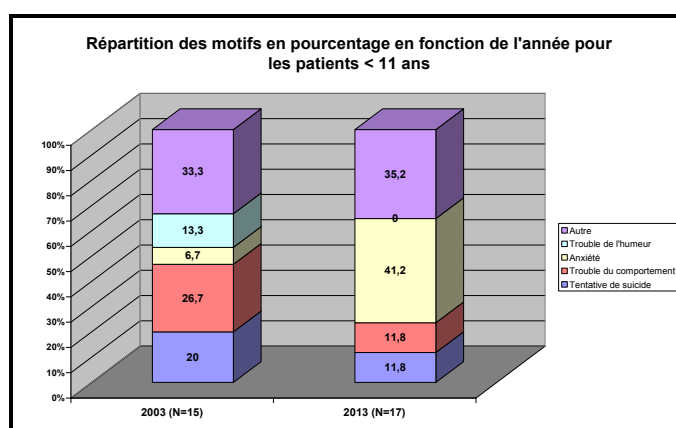
c) Âge en fonction des principaux motifs

Tableau 3 : Âges moyens des principaux motifs pour les deux années

	2003		2013		p
	Âge	Ecart type	Âge	Ecart type	
Tentative de suicide	14,8	2,6	15	1,9	0,61
Trouble du comportement	12,3	3,6	13,7	2,1	0,15
Anxiété	13,4	2,9	12,9	3,8	0,76
Trouble de l'humeur	13,4	2,9	14,6	1,7	0,19

Pour la tentative de suicide, l'âge moyen des consultations reste similaire entre les deux années, et le plus élevé parmi les motifs étudiés (en 2003, ce motif est représenté à 92,9% par des consultations de patients ≥ 11 ans, et à 96,7% en 2013 pour les ≥ 11 ans).

Pour l'anxiété, il diminue de 0,5 ans sans significativité, et devient le plus bas en 2013 parmi les motifs étudiés (en 2003, ce motif est représenté à 20% par des consultations de patients < 11 ans, et à 26,9% en 2013 pour les < 11 ans).



d) Antécédent de suivi psychologique

Un tiers des consultations (33%) sont faites par des patients bénéficiant d'un suivi contemporain au moment de la consultation en 2003, alors qu'elles ne sont plus que 21,7% en 2013 (RR=0,7 ; IC95% 0,4-0,9 ; $p<0,05$).

Par ailleurs, les antécédents de suivis arrêtés ont augmenté entre les deux années (50,9% en 2003 versus 59,1% en 2013).

e) Antécédent d'hospitalisation pour motif psychiatrique

Près d'un tiers des consultations sont faites par des patients ayant déjà été hospitalisés pour des motifs psychiatriques, avec une augmentation non significative entre les deux années (29,5% en 2003 versus 38,2% en 2013).

f) Comorbidités

Les comorbidités familiales (somatiques ou psychiatriques) sont majoritaires mais ont chuté de 67% à 49,2% (RR=0,7 ; IC95% 0,6-0,9 ; $p<0,01$).

Les comorbidités personnelles (somatiques ou psychiatriques) sont notifiées dans environ 10% des consultations, de manière stable entre les deux années.

En tout, près de 70% des consultations sur les deux années concernent des patients présentant des comorbidités, qu'elles soient personnelles ou familiales, somatiques ou psychiatriques.

Cette proportion s'est atténuée entre les deux années, passant de 77,5% en 2003 à 61,6% en 2013 (RR=0,8 ; IC95% 0,7-0,9 ; $p=0,01$).

g) Prise en charge par l'ASE

Il existe une importante représentation de la prise en charge par l'ASE puisqu'elle concerne un tiers des consultations (34,9% sur les deux années, sans différence significative).

h) Adoption

L'adoption concerne une seule consultation en 2003 et 14 en 2013, faisant passer le pourcentage de 1 à 6,6% des visites.

i) Diagnostic

Par ordre décroissant sur les deux années :

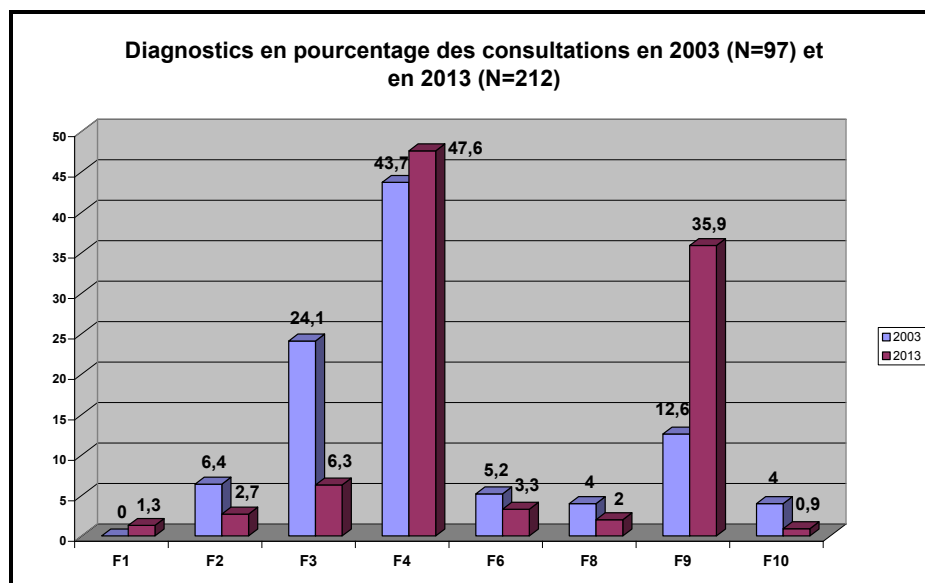
- les troubles névrotiques (F4), avec 46,4% des consultations ;
- les troubles du comportement et/ou émotionnels apparaissant habituellement dans l'enfance ou l'adolescence (F9), avec 28,6% des consultations ;
- les troubles de l'humeur (F3), avec 11,9% des consultations ;
- les troubles psychotiques (F2), et les troubles de la personnalité (F6), avec 4,1% des consultations chacun ;
- les troubles du développement psychologique (F8), avec 2,9% ;
- les troubles liés à des substances psychoactives (F1), avec 0,8% ;
- restent 0,8% des consultations sans diagnostic et 0,4% non renseignées.

Si on se concentre sur les trois principaux diagnostics :

Les troubles émotionnels et du comportement ont augmenté, passant de 12,6% en 2003 à 35,9% en 2013 (RR=2,8 ; IC95% 1,6-5,1 ; p=0,0001).

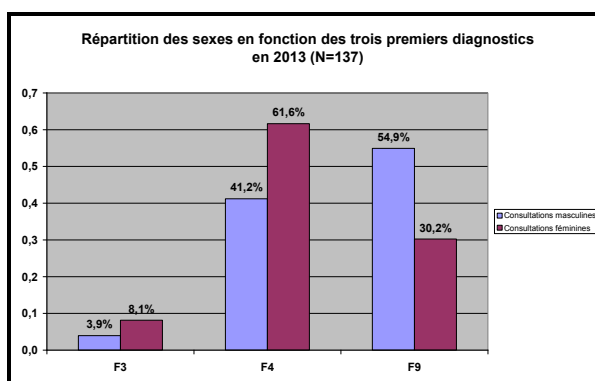
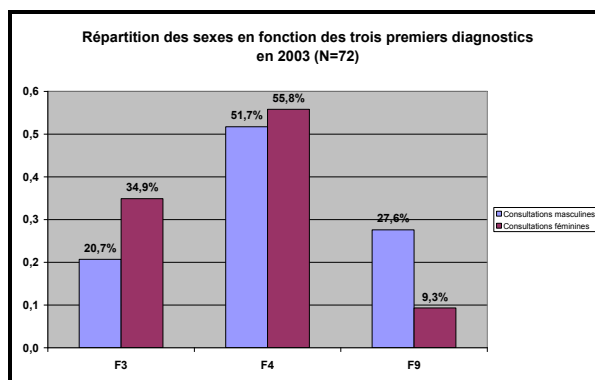
Les troubles de l'humeur ont été divisés par quatre, passant de 24,1% à 6,3% entre 2003 et 2013 (RR=0,3 ; IC95% 0,1-0,5 ; p=0,0001), venant ainsi se placer en troisième position derrière les trouble émotionnels et du comportement en 2013.

Les troubles névrotiques ont légèrement augmenté de 43,7% en 2003 à 47,6% en 2013, mais sans significativité.



F1 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives
 F2 : Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants
 F3 : Troubles de l'humeur [affectifs]
 F4 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
 F6 : Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
 F8 : Troubles du développement psychologique
 F9 : Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, ou trouble mental sans précision (F99)
 F10 : Pas de diagnostic psychiatrique.

j) Sexe en fonction des principaux diagnostics



F3 : Troubles de l'humeur (affectifs)
 F4 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
 F9 : Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, ou trouble mental sans précision (F99).

Les consultations féminines sont majoritaires au sein des diagnostics de troubles névrotiques (passant de 61,5% en 2003 à 71,6% en 2013) et de troubles de l'humeur (71,4% à 77,8%), alors que ce sont les consultations masculines pour les troubles émotionnels et/ ou des conduites (66,7% à 51,9%).

k) Âge en fonction des principaux diagnostics

Tableau 4: Âges moyens des principaux diagnostics pour les deux années

	2003		2013		p
	Âge	Ecart type	Âge	Ecart type	
Troubles névrotiques	13,3	3,6	14,4	2,3	0,10
Troubles émotionnels et du comportement	13,7	2,9	13,3	2,7	0,65
Troubles de l'humeur	15	2,2	15,1	1,7	0,89

→ Troubles névrotiques (F4)

L'âge moyen des consultations pour troubles névrotiques a augmenté entre les deux années de 1,4 ans, sans significativité.

En 2003, ce diagnostic compte 18% de consultations de patients < 11 ans, et seulement 6,8% en 2013, sans différence significative avec les autres diagnostics.

→ Troubles émotionnels et des conduites (F9)

L'âge moyen de ce diagnostic reste similaire entre les deux années.

En 2003 comme en 2013, la proportion des consultations des < 11 ans parmi ce diagnostic se situe autour de 9% (8,3% en 2003 et 9,3% en 2013), sans différence significative avec les autres motifs.

→ Troubles de l'humeur (F3)

L'âge moyen des consultations pour trouble de l'humeur est resté stable entre les deux années, demeurant le plus élevé.

En 2003, ce diagnostic compte 9,5% de consultations des < 11 ans, sans différence significative avec les autres diagnostics, et aucune en 2013.

5/ Pratiques

a) Orientations thérapeutiques

Concernant l'orientation sur les deux années, les retours à domicile avec suivi ambulatoire concernent plus de la moitié des consultations (53,1%), les hospitalisations 44,6% des consultations dont 36,4% directement en milieu psychiatrique, et enfin, les retours à domicile sans suivi seulement 2,3% des consultations.

On assiste à une diminution du taux d'hospitalisations, passant de 55,5% en 2003 à 39,6% en 2013 (RR=0,7 ; IC95% 0,5-0,9 ; p<0,01).

Cette baisse est relative, car en valeur absolue, il y a davantage d'hospitalisations en 2013 (87 versus 51 en 2003).

Parallèlement, le pourcentage de retours à domicile avec suivi a augmenté de 39,5% à 59,4% (RR=1,5 ; IC95% 1,1-1,9 ; p<0,01).

b) Répartition des taux d'hospitalisation pour les principaux motifs

Tableau 5 : Répartition des taux d'hospitalisation pour les principaux motifs en 2003 et en 2013

	2003	2013	Risque relatif (IC95%)	p
Tentative de suicide	89,2% (33)	56,4% (31)	1,6 (1,3-1,9)	< 0,05*
Trouble du comportement	50% (7)	35,9% (19)	1,4 (1,0-1,9)	0,2
Anxiété	0% (0)	18,2% (4)	-	-
Trouble de l'humeur	37,5% (3)	50% (9)	0,8 (0,6-1,1)	0,5
Total des hospitalisations	N=43	N=63		

c) Répartition des taux d'hospitalisation pour les principaux diagnostics

Tableau 6 : Répartition des taux d'hospitalisation pour les principaux diagnostics en 2003 et en 2013

	2003	2013	Risque relatif (IC95%)	p
Trouble de l'humeur	76,2% (16)	44,4% (4)	1,7 (1,3-2,2)	0,005*
Trouble névrotique	51,4% (19)	29,4% (20)	1,7 (1,2-2,4)	0,1
Trouble émotionnel et du comportement	30% (3)	37,3% (19)	0,8 (0,5-1,2)	0,3
Total des hospitalisations	N=38	N=43		

d) Durée d'hospitalisation

Tableau 7 : Répartition de la durée des hospitalisations en pourcentage en 2003 et en 2013

	2003	2013	Risque relatif	p
Hospitalisations $\leq$ 7 jours	52,5% (21)	37,6% (23)	1,3 (0,8-2,0)	0,2
Hospitalisations $>$ 7 jours	47,5% (19)	60,4% (35)	0,8 (0,5-1,2)	0,2
Total des hospitalisations	N=40	N=58		

VI. DISCUSSION

1/ Profil des consultations et évolution entre 2003 et 2013

a) Hausse des consultations et implications

Dans notre étude, les consultations pédopsychiatriques représentent environ 0,8% de toutes les consultations aux urgences pédiatriques en 2003, ce qui est également retrouvé par Starling et al. (10) dans une étude rétrospective menée à Sydney entre 2001 et 2002.

Leur proportion double en 2013, atteignant 1,6% des consultations, comme dans l'étude rétrospective de Stills et Bland, menée sur 6 ans (de 1993 à 1999) dans plus de 500 hôpitaux nord-américains (12), et dans celle de Case et al. (17) qui compare sur 7 ans (de 2001 à 2008) les consultations des patients de moins de 18 ans qui viennent aux urgences pédiatriques pour un motif psychiatrique à celles associées à un autre motif.

D'autres études trouvent même un pourcentage plus élevé, jusqu'à 5% (13)(14)(15)(16).

Les consultations pédopsychiatriques constituent donc une part non négligeable de toutes les consultations aux urgences pédiatriques, et mobilisent encore davantage leurs ressources sanitaires (13)(14)(18).

Pour l'année 2013, la comparaison de la liste infirmière avec la liste informatique a mis en évidence 25 consultations non repérées dans la première, correspondant à 13,4% des consultations totales.

En extrapolant à l'année 2003, on a pu estimer que les consultations se majoraient de 92,7% entre les deux années, ce qui représente quasiment le double.

Dans la littérature, on retrouve également une augmentation du nombre de consultations, chiffrée à 60% par Blondon et al. (8) entre 1992 et 2002 au CHU de La Pitié Salpêtrière à Paris, et à 15% par Newton et al. entre 2002 et 2006 dans les services d'accueil d'urgence d'Alberta au Canada (19).

La hausse des consultations touche spécifiquement les urgences pédopsychiatriques puisque les consultations totales aux urgences pédiatriques sont restées stables (13 055 consultations en 2003 et 12 861 en 2013).

Face à cette augmentation, plusieurs facteurs explicatifs intrinsèques ou extrinsèques aux urgences peuvent être avancés :

→ Facteurs intrinsèques :

Les urgences offrent une **accessibilité** et une **disponibilité** optimales, ainsi qu'une **permanence des soins**, 24 heures sur 24, avec la garantie d'une consultation pédopsychiatrique en cas de besoin.

Elles offrent aussi un **plateau technique** complet permettant la réalisation d'examens complémentaires, ce qui peut rassurer les familles.

Cependant, ces facteurs ne sont pas spécifiques aux consultations pédopsychiatriques.

Le contraste apparent entre les deux types de structures, somatiques et psychiatriques, constitue un facteur plus spécifique : de par leur vocation transdisciplinaire, les urgences peuvent apparaître **moins stigmatisantes**, et constituer de ce fait un endroit de premier recours intéressant pour les familles réticentes à faire appel directement à la psychiatrie (10)(34)(35).

→ Facteurs extrinsèques aux urgences :

On peut évoquer en premier lieu une **certaine inadéquation de l'offre et de la demande de soin**.

L'accès au soin devient problématique de manière générale devant la **pénurie relative des structures ambulatoires ou des spécialistes**, qui entrave la continuité des soins (36)(37).

Cette pénurie des structures ambulatoires est constatée sur le sol américain par Dolan et Fein (38) dans un rapport technique datant de 2011, portant sur la santé mentale des enfants et des adolescents au sein des urgences.

Les patients viendraient chercher aux urgences ce qu'ils n'obtiendraient pas ailleurs, le lieu des urgences devenant un lieu de consultation de routine par défaut (39).

En Lorraine, l'ARS (Agence Régionale de la Santé) évoque une démographie médicale très préoccupante pour la pédopsychiatrie, avec une répartition hétérogène des psychiatres libéraux qui s'installent préférentiellement sur Nancy ou Metz (40). Elle fait également état d'un cloisonnement des prises en charges ambulatoires, imputable à une sectorisation confuse

et à une intersectorialité encore peu développée, qui peut compromettre la continuité des soins.

En Meurthe et Moselle particulièrement, le maillage des structures pédopsychiatriques n'est pas idéal pour la prise en charge des adolescents. Enfin, face à la demande croissante, les délais de prise en charge augmentent partout, pouvant parfois atteindre 6 mois, comme constaté par Rist et Plantade dans une autre région (37), ce qui engendre une pénurie relative de ces structures.

Par ailleurs, les lits dédiés à la psychiatrie infanto-juvénile sont souvent saturés, ce qui pèse encore sur les structures ambulatoires qui doivent assurer la majorité des prises en charge, même en situation de crise (40).

En second lieu, on peut faire l'hypothèse **d'une recrudescence des troubles mentaux ou socio éducatifs chez les jeunes**, qui selon les prévisions de l'OMS, devraient doubler d'ici 2020 (21).

Le défaut de contenance par un entourage qui se laisserait plus facilement dépasser par les problématiques des jeunes, est propice à l'émergence de troubles psychopathologiques chez eux. Il est donc important de ne pas reproduire le même schéma pour éviter de pérenniser ces troubles (41).

Dans la littérature comme dans notre étude, plus de la moitié des demandeurs ou accompagnateurs sont les parents ou les responsables légaux (62,5% en 2003 et 69,8% en 2013 dans notre étude). Ceci vient refléter le désespacement des familles qui sont en première ligne et dont les capacités de contenance sont parfois dépassées par une problématique dont la résultante s'exprime chez le jeune. Ce désespacement se fait alors l'écho de l'urgence.

On peut généraliser le phénomène aux substituts de l'entourage familial, et notamment aux institutions, qui sont responsables d'environ une demande sur cinq dans notre étude, et de 9,5% à 42% des demandes dans la littérature, utilisant parfois les urgences comme une « soupape » dans certaines situations lourdes (39).

Les autres professionnels de santé (dont le médecin traitant bien souvent), sont à l'origine de 7,9% des demandes dans notre étude ce qui correspond aux données de la littérature où elles représentent entre 3% et 20% des demandes (10)(13)(16)(18)(42)(43)(44).

Cette paralysie voire sidération de l'entourage pose question et renvoie vers les notions d' « urgence réelle » et d' « urgence ressentie » abordées dans l'introduction, qui qualifient

plutôt l'impériosité de l'intervention que celle de la situation en elle-même. Cette urgence à intervenir peut concerner l'« urgence symptôme » (états aigus) comme les tentatives de suicide ou l'agitation, l'« urgence de situation » comme la maltraitance, les fugues, ou l'« urgence psychosomatique » comme dans les maladies somatiques graves (6)(45).

Goareguer et Hayez (46) expliquent que ce phénomène se majore au fil de l'industrialisation de notre société, synonyme de tension et de dispersement familial.

D'autres auteurs évoquent une perte des repères éducatifs, avec des modèles familiaux qui évoluent, demandant une adaptation globale encore non aboutie. En attendant, l'exigence d'une temporalité optimisée, et d'une conformité à des standards rassurants pousse peut être les familles et les institutions à rechercher ailleurs un ancrage, qui serait apte à soulager leur angoisse (45).

Selon Kahn et al. (47), le système de soin et notamment le service des urgences reprend des rôles jadis assumés par « la famille élargie ».

Quelle qu'elle soit, C. Vidailhet (5) affirme que toute demande urgente doit être prise au sérieux, et traitée comme telle, même si la réponse peut être différée. Selon elle, la crise est à recontextualiser au sein de la dynamique familiale.

On peut donc en déduire que l'urgence est finalement plus une urgence à écouter et à faire parler pour remettre du lien et sortir de la crise.

Cette réflexion mène à une troisième hypothèse face à la hausse des consultations : celle d'une **modification sociétale**, inscrite dans une logique de consommation, et qui consommerait le soin comme n'importe quel autre produit (39). Selon Bonnafé : « Le comportement d'une société devant les troubles de la santé mentale est un témoignage des plus sensibles de son degré de civilisation » (48).

La hausse des demandes en général peut enfin découler de la **médiatisation des troubles psychiatriques chez les jeunes**, qui viennent sensibiliser la société à ces problématiques (8).

b) Consultations multiples

Environ une consultation sur cinq appartient à la catégorie des consultations multiples (20,6% des consultations en 2003 et 25% en 2013), avec une tendance à la majoration, et la moitié d'entre elles dépasse deux consultations en 2013.

On retrouve des pourcentages de consultations multiples disparates dans la littérature, de 8,6% à 50,2% de consultations multiples, sur des périodes comprises entre 6 mois et 4 ans (10)(13)(14)(16)(18)(19)(23)(32)(49)(50)(51)(52).

Les consultations itératives qui parfois se multiplient pour un même patient peuvent impliquer plusieurs hypothèses dont l'utilisation des urgences pour des raisons de convenance ou encore d'une diminution de l'accès au soin dont le recours à l'urgence offre une alternative intéressante. Elles peuvent faire office de réparation symbolique en remettant du lien dans certains parcours émaillés de rupture.

c) Caractéristiques sociodémographiques et étiopathogéniques

1. Répartition temporelle des consultations et scolarité

On constate une plus forte affluence des consultations pendant les temps scolaires et notamment, en début d'année civile.

La littérature abonde dans ce sens, avec, durant le week-end, et à l'instar de notre étude, seulement 1/5^{ème} de ces consultations aux urgences pédiatriques du CHU de Madrid pour Crespo et al. (11) dans une étude prospective menée d'octobre 2004 à mars 2005, ou encore, 1,5 à 2 fois moins de ces consultations aux urgences pédiatriques du CHU de Rouen pour Podlipski et al. dans leur étude prospective menée en 2006 sur les patients de moins de 16 ans (43), et enfin, seulement 24,2% de ces consultations dans l'étude de Case et al. (17).

Le mois de janvier, comme dans notre étude où il concentre davantage de consultations (entre 18,6% en 2003 et 23,1% en 2013), est également surreprésenté dans celles de Crespo et al. (11), et de Podlipski et al. (43).

Dans notre étude, les consultations augmentent entre 16h et minuit, de manière progressive en 2003, alors qu'elles atteignent un plateau en 2013. Le créneau 16h-20h regroupe notamment 18,3% des consultations en 2003 et 27,4% en 2013, alors que dans les études, il en regroupe davantage: 27% (43), 47,1% (11) et même 48,5% (17).

Tout comme Podlipski et al. (43) ou Case et al. (17), on constate une diminution des consultations après minuit qui s'arrêtent quasiment, ou fléchissent pour la deuxième étude.

A noter que les horaires pris en compte dans notre étude sont ceux notés sur les cahiers « SUP ». Ils correspondent donc à l'heure à laquelle l'équipe spécialisée est sollicitée, et présentent de ce fait un décalage par rapport à l'heure d'arrivée effective du patient dans le service d'accueil des urgences pédiatriques.

Cette répartition horaire nous renseigne néanmoins sur les modalités du recours aux urgences pour l'entourage. En effet, ce dernier consulte de plus en plus en deuxième partie d'après-midi, suite à d'éventuels événements déclencheurs qui se sont déroulés plus tôt dans la journée, avec en cascade l'éclosion chez le jeune patient d'un trouble internalisé ou externalisé, et sa découverte par l'entourage ensuite, lorsqu'il le rejoint par exemple en rentrant du travail...

Par ailleurs, la plus grande fréquentation des urgences pendant la permanence de soins peut aussi être le signe d'une familiarisation de la population consultante avec l'équipe pédopsychiatrique de journée, qui « sélectionnerait » ainsi ses interlocuteurs, préférant à un soignant lambda un soignant qu'elle est davantage susceptible de connaître, et à qui elle accorderait plus aisément sa confiance.

Enfin, on constate globalement moins de consultations pendant les vacances scolaires et les jours fériés (autour de 10% pour les deux années), ce qui est conforté par l'étude de Case et al. (17), la thèse de Grimaud H. (44), et le travail de Golstein et al. (53).

Il semblerait que l'école agisse donc comme un catalyseur des troubles psychopathologiques de l'enfant, capable de précipiter des difficultés sous jacentes.

Zakari et al. ont mené deux études auprès des lycéens français qui montrent un fort impact de la pression exercée par le corps enseignant sur les élèves (notamment de sexe féminin) qui développent pour un tiers un véritable « stress scolaire » assimilable au burn out des adultes, voire des éléments dépressifs pour un tiers d'entre eux (54)(55).

Il paraît donc important de sensibiliser les personnels de l'éducation nationale à ces problématiques (43).

Dans notre étude, on constate que la moitié seulement des consultations concerne des patients en milieu scolaire ordinaire et sans retard, de façon stable entre 2003 et 2013.

Parallèlement, on voit les filières spécialisées, les déscolarisations ou exclusions et à minima les filières professionnelles augmenter : les premières passent de 9,9% à 16,9%, les deuxièmes de 7,7% à 13,3% et les troisièmes de 5,5% à 8,2%.

La filière spécialisée est davantage représentée dans l'étude de Goldstein et al. (52), où elle concerne 24% des consultants, tandis que l'exclusion ou la déscolarisation l'est tout autant dans l'étude de Kennedy et al. (56), où elle concerne 10,7% des patients.

Dans l'étude de Starling et al. (10), 34% des patients interrogés dans ce contexte de consultation ont des problèmes à l'école ou sont en dehors du circuit scolaire.

On constate de manière générale qu'une part importante de patients est en dehors du circuit ordinaire, ou déscolarisée.

Dans une étude menée en 2005 sous l'égide du Ministère de l'Education Nationale pour évaluer les politiques éducatives face aux difficultés scolaires, deux tiers des enseignants interrogés considèrent que l'environnement des jeunes est responsable de leurs difficultés scolaires, et notamment, l'absence d'intérêt des familles, environ 20% incriminent l'organisation du système scolaire, notamment l'absence de prise en charge des élèves en grande difficulté, et environ 10% estiment que c'est l'élève qui manque de bases solides (57). Le statut scolaire ou les difficultés scolaires cristallisent les troubles psychopathologiques et apparaissent donc aussi en être de bons révélateurs (43).

2. Sexe et âge

Les consultations féminines sont prédominantes dans notre étude à hauteur de 62,2%.

Les études sont cependant partagées sur le sex-ratio : si la majorité d'entre elles retrouvent effectivement une majorité de consultations féminines, entre 50,2% et 72,9% (10)(11)(12)(16)(19)(29)(30)(32)(43)(44)(49)(50)(56)(58), certaines affichent un sex-ratio égal à 1 (8)(17)(28)(42), voire inversé, avec un pourcentage de consultations féminines qui oscille entre 42% et 48% des consultations (13)(15)(18)(23)(31)(52).

Concernant la distribution des troubles de santé mentale au sein des sexes, l'étude prospective de Velin et al. (59), menée en 1999 dans un hôpital de Nice, atteste de leur prédominance chez les filles par rapport aux garçons parmi les consultations aux urgences pédiatriques (7,4% contre 3,4%).

Dans notre étude, que ce soit en 2003 ou en 2013, l'âge moyen se situe autour de 14 ans, comme dans la littérature où il est compris entre 12,3 ans et 14,6 ans (8)(12)(14)(15)(16)(18)(32)(51)(56).

On constate une surreprésentation de la population préadolescente et adolescente qui se majore en 2013. Près de 90% des consultations concernent des patients de plus de 11 ans, et les consultations des moins de 11 ans chutent d'un facteur 2 en 2013 ($p < 0,05$).

La tranche 13-18 ans comporterait entre 54% et 96,2% des consultations (12)(16)(19)(23)(29)(30)(31)(44)(49)(50)(56)(58), ce qui rejoint les 90% de notre étude.

Cette surreprésentation est le reflet pour certains d'une « mise en risque constitutive à cet âge » (60), qui se traduit par le passage à l'acte là où l'élaboration mentale fait défaut. Alvin et Marcelli suggèrent ainsi que la prévalence des troubles psychopathologiques augmenterait avec l'âge, concernant de manière générale 8% des enfants de 1 à 5 ans, 12% des grands enfants et pré adolescents de 6 à 12 ans, et 15% des adolescents de 13 à 18 ans (61).

L'étude de Grupp-Phelan et al. (28), menée rétrospectivement sur la période 1995-2001 et basée sur les données du NHAMCS (National Hospital Ambulatory Medical Care Survey) aux Etats-Unis, vérifie ce phénomène au sein des consultations pédiatriques d'urgence (les consultations pédopsychiatriques représentent 3,8% de ces consultations pour les moins de 5 ans, 4,4% pour les 5-9 ans, et 7,5% pour les 10-18 ans), tout comme l'étude de Grimaud H. (44).

Nous constatons une relative stabilité de l'âge moyen de ces consultations à 10 ans dans notre étude, alors que Blondon et al. (8) retrouvent un rajeunissement de 1,3 ans sur 20 ans (de 13,6 ans en 1992 à 12,3 ans en 2002).

L'étude de Kennedy et al. (56) qui fixe l'âge de 12 ans comme âge de transition, affiche quasiment les mêmes chiffres que notre étude.

Selon Dil et Vuijk (49), plus de deux tiers des comportements agressifs sont agis par des garçons, alors que l'anxiété et les troubles de l'humeur comptent plus de 80% de filles. Avec Sullivan et Rivera (31), ces auteurs expliquent la forte proportion de garçons jeunes au sein des consultations pédopsychiatriques des urgences par une expression symptomatiquement différente selon les sexes. Selon eux, les garçons présentent généralement un tempérament plus agressif et impulsif, et donc des troubles à prédominance externalisée, à l'origine de consultations plus précoces, alors que les filles présentent préférentiellement des troubles internalisés, moins bruyants.

Enfin, sur un versant pharmacologique, on peut relier la prédominance des troubles externalisés chez les garçons à celle du taux de testostérone (62)(63).

Ces données sont confortées dans notre étude par la distribution des sexes en fonction des motifs et même des diagnostics comme nous le verrons plus loin.

Pour résumer, parmi les caractéristiques individuelles ou collectives susceptibles d'influer directement ou indirectement sur l'état de santé, le sexe et l'âge font partie des facteurs sociodémographiques qui jouent un rôle très important, comme le souligne l'INSERM (64). Effectivement, s'il existe des mécanismes hormonaux spécifiques selon le sexe, qui sont impliqués dans les mécanismes de développement du système nerveux, l'âge apparaît comme un facteur déterminant en raison des modifications neurobiologiques intervenant au cours du développement cérébral et mental. Jusqu'à 12-13 ans, dans les secteurs infanto-juvéniles de psychiatrie, l'INSERM rapporte que les garçons sont plus nombreux que les filles qui deviennent ensuite majoritaires et resteront tout au long de leur vie plus consommatrices de soins.

L'avant et l'après puberté marquent une frontière notamment pour les troubles de l'humeur selon l'institut. Ces troubles touchent autant les garçons que les filles avant la puberté, puis les filles deviennent deux fois plus nombreuses à exprimer ainsi leur vulnérabilité.

Selon l'enquête Analyse de la dépression (Anaped) 2005, les jeunes filles de 16 à 25 ans ont environ 3 fois plus de chances d'avoir connu un épisode dépressif majeur au cours de leur vie ou d'être atteintes d'anxiété généralisée par rapport aux garçons. De même, selon le Baromètre santé 2005, les filles de 15 à 19 ans sont deux fois plus nombreuses à avoir déjà eu des idées suicidaires ou même à avoir commis une tentative de suicide par rapport aux garçons (65).

3. Biographie personnelle et familiale

On retrouve au sein des consultations aux urgences pour motif pédopsychiatrique de nombreux facteurs qui témoignent d'une population particulièrement vulnérable, dont les troubles psychopathologiques évoluent bien en amont de la consultation

En premier lieu, les antécédents psychiatriques personnels, comprenant les suivis, les hospitalisations et les comorbidités sont associés à une part importante de ces consultations.

Dans notre étude, plus de 80% des consultations concernent des patients avec un antécédent de suivi, qu'il soit actuel ou ancien, et un tiers sont faites par des patients ayant déjà été hospitalisés pour un motif psychiatrique, avec une tendance à l'augmentation (29,5% en 2003 et 38,2% en 2013). Dans la littérature, ces pourcentage varient respectivement de 49,8% à 67% pour les antécédents de suivi, et de 25,7% à 49% pour les antécédents d'hospitalisation (11)(13)(18)(44)(52). Dans l'étude de Healy et al. (51), 48% des cas ont déjà été en contact avec les services de pédopsychiatrie, et pour Starling et al. (10), un tiers des patients interrogés ont des antécédents de troubles psychiatriques.

Sur le plan évolutif, pour Blondon et al. (8), les patients ont plus fréquemment un suivi psychiatrique et/ou psychologique au moment de la consultation en 2002 (55,4%) par rapport à 1992 (33,6%).

C'est l'inverse dans notre étude, ce qui peut venir d'une diminution de l'accès au soin ambulatoire, puisque nous retrouvons une tendance à la baisse des suivis contemporains à la consultation (de 33% à 21,7%, ce qui reste tout de même élevé).

Parallèlement, environ 10% des consultations sont faites par des patients présentant des comorbidités personnelles, qu'elles soient somatiques ou psychiatriques, de manière stable entre les deux années.

On retrouve une prévalence supérieure dans la littérature, avec pour Newton et al. (30), 42,9% des jeunes consultants présentant des comorbidités médicales et/ou psychiatriques, pour Case et al. (17), 21,1% des consultations concernant des patients avec un trouble mental associé, et pour Grimaud H., 24,5% des patients présentant des troubles somatiques (44).

Notre étude, de par son caractère rétrospectif, peut sous-estimer les comorbidités personnelles.

Dans un deuxième temps, on note une forte proportion de comorbidités familiales, autour de 50%. Leur association aux troubles psychopathologiques des enfants est retrouvée dans la littérature (66), de même que leur potentiel délétère dans la constitution de leurs assises narcissiques (67).

Les chiffres sont fluctuants selon les études, du fait probablement du caractère équivoque que les antécédents familiaux comportent, certaines leur associant par exemple un contexte de précarité sociale (58)(68).

L'étude prospective de Nicolis et Delvenne (69) analyse les facteurs de risques familiaux chez 110 patients admis en urgence en pédopsychiatrie dans un hôpital belge, entre avril 1998 et février 2000. Les auteurs retrouvent au moins un parent avec des antécédents psychiatriques ou psychologiques sévères chez 74% de ces patients.

Pour Grimaud H., les consultations comptabilisent 23,5% d'antécédents familiaux (comprenant majoritairement des troubles névrotiques ou de l'humeur chez un parent du premier degré) (44).

Par ailleurs, le modèle biparental en couple est stable dans notre étude et représente un peu plus de 40% des consultations. Dans la littérature, les chiffres sont variables puisque ce modèle représente entre 30% et 73,6% des cas selon les études (44)(51)(56)(68).

Par contre, le modèle monoparental seul augmente de 6,7% à 20,9% dans notre étude, chiffres qui corroborent ceux de la littérature, situés entre 21% et 44% (44)(51)(56)(68).

De manière générale, Rouby et al. (42) retrouvent 43% de familles dissociées chez les jeunes consultant aux urgences. Nous pouvons nous demander si le fait que les consultations d'enfants uniques aient doublé dans notre étude ($p < 0,05$) n'est pas la conséquence directe de ces dissociations familiales : le couple parental se séparerait avant la conception éventuelle de frères et sœurs.

Cette évolution est perçue par certains auteurs comme un affaiblissement des structures familiales, et des repères, qui feraient le nid de la psychopathologie des enfants. Ces « constellations familiales » (70) comme ils les appellent, marqueraient particulièrement notre époque.

Selon Maughan et McCarty (71), le divorce des parents constitue le facteur de stress le plus fréquemment retrouvé chez ces enfants, et les troubles potentiellement rencontrés en cas de stress sont principalement l'anxiété, les troubles de l'humeur, les troubles du comportement et la toxicomanie à l'âge adulte (72)(73).

Longtemps attribué à l'absence des parents, des études ont montré que ce stress était surtout lié à la rupture des relations parents/enfants, et au fait que celles-ci sont rendues plus difficiles avant et après le divorce (74).

Il existerait donc une supériorité des facteurs relationnels par rapport aux facteurs structuraux, ce qui vient nuancer l'impact de ces derniers sur la psychopathologie des enfants. Fossion et

al. insistent dans ce sens sur la distinction entre absence effective et absence affective du parent (75), surtout quand l'enfant a accès au symbolique.

Ainsi pour certains auteurs, lors du décès d'un parent, ça ne serait pas la perte en tant que telle qui primerait mais la perte d'un confident (76). Dans notre étude, le décès d'un parent concerne près de 4% des consultations en 2013, comme dans celle de Grimaud H. (44).

Il est intéressant enfin de voir que les facteurs de risques psychopathologiques présenteraient un effet cumulatif, venant renforcer leur incidence.

L'étude de Wille et al. (77) étudie plusieurs facteurs de risques psychopathologiques chez des enfants de 7 ans à 17 ans, recrutés au sein de plus de 4000 familles en Allemagne entre mai 2003 et mai 2006. Ces facteurs comprennent un climat familial conflictuel, des antécédents psychiatriques ou somatiques chez les parents, une structure familiale monoparentale, une grossesse non désirée, et une précarité sociale. Les auteurs montrent que le pourcentage de troubles mentaux chez ces enfants est de 13% en l'absence de facteur de risque, 26% en présence d'un facteur de risque, et augmente progressivement jusqu'à atteindre 55% avec 6 facteurs de risques et même 67% au dessus de 6 facteurs.

Enfin, on constate qu'une part importante de consultations (17%) est faite par des patients en situation de rupture familiale, vivant majoritairement en foyer ou en famille d'accueil.

Pour Garralda (78), une proportion significativement plus importante d'enfants ne vit pas chez leurs deux parents dans le groupe des urgences pédopsychiatriques comparé au groupe témoin, et dans d'autres études, plus d'un quart des patients interrogés ne vivent pas au domicile parental (10) et 6% à 11% des enfants sont placés en foyer ou en famille d'accueil (44)(68).

En France, la prise en charge par l'ASE ne représentait que 1,9% des moins de 18 ans au premier décembre 2010 selon une estimation réalisée à partir du croisement des données de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) et de la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ) (79).

Elle est donc sans surprise surreprésentée dans notre étude où elle concerne 35% des consultations, et entre 15% et 43% des jeunes consultants dans la littérature (51)(52)(56)(80).

Cette surreprésentation de l'ASE au sein des consultations pédopsychiatriques aux urgences s'explique par le fait que les situations qui engendrent ses prises en charges (négligence, maltraitance, conflit, précarité sociale), correspondent aux facteurs de risque

psychopathologiques des troubles qui amènent à des situations de crise (81). Les enfants confiés à l'ASE présentent plus de troubles psychopathologiques avec davantage de troubles des conduites, d'impulsivité, de labilité émotionnelle, d'hostilité et de troubles des relations, qui sont typiques d'une structuration borderline de la personnalité (82). L'ASE est donc indirectement associée à ces troubles.

On retrouve par ailleurs un effet cumulatif des placements par rapport aux consultations aux urgences dans le rapport du National Center for Children in Poverty de Cooper et Masi (83). Zebiche et al. (84) soulignent un désengagement éducatif et affectif familial précoce dans l'histoire des adolescents qui multiplie les consultations aux urgences pour des troubles graves du comportement, désengagement qui aboutit ultérieurement à leur placement en foyer ou en famille d'accueil, faisant des prises en charge par l'ASE un dénominateur commun à ces consultations.

La cellule familiale a donc un rôle indiscutable dans l'émergence des troubles chez ces jeunes, et les théories de Bowlby sur l'attachement en offrent un éclairage explicite (85).

Les carences éducatives, la perturbation des liens de l'attachement, les discordances parentales, ou la psychopathologie des parents, sont donc des facteurs de risque psychopathologiques pour l'enfant avec un effet synergique.

L'adoption est un cas particulier qui peut signifier, en fonction du stade où elle intervient, des troubles relationnels précoces, et donc un attachement de type insécure, prédisposant encore une fois au développement de troubles psychopathologiques. On constate dans notre étude qu'elle concerne 1% des consultations en 2003 et 6,6% en 2013, mais le faible effectif (un seul patient en 2003) ne permet pas d'extrapolation.

2/ Motifs et diagnostics

a) Motifs

Les principaux motifs (tentatives de suicide, troubles du comportement, anxiété, troubles de l'humeur) voient leurs fréquences évoluer même si leurs classements respectifs restent inchangés.

Comme souvent décrit dans la littérature, les tentatives de suicides constituent le premier motif de consultation, en dépit d'une proportion qui diminue dans notre étude, de plus d'un tiers en 10 ans, passant de 42,9% à 28,2%, ($p=0,01$).

Les troubles du comportement et l'anxiété qui ont augmenté de 68% pour le premier motif ($p<0,05$) et de 105% pour le deuxième ($p=0,12$), demeurent les deuxièmes et troisièmes motifs de consultation.

Enfin, les troubles de l'humeur, en quatrième position, restent stables entre 8,8% et 9,7%.

Nos résultats sont corroborés par la littérature qui retrouve les mêmes motifs principaux précédemment cités (8)(10)(13)(16)(18)(30)(31)(32)(43)(44)(50)(51)(52)(58)(86), avec néanmoins une chronologie parfois différente, avec parfois en tête les troubles du comportement (8)(16).

Sur l'aspect évolutif, on retrouve une stabilité des troubles du comportement entre 1992 et 2002 dans l'étude de Blondon et al. (8), (alors qu'ils augmentent dans notre étude), puis viennent les états dépressifs qui augmentent de 212% (alors qu'ils sont stables dans notre étude), les tentatives de suicide qui restent stables (alors qu'elles diminuent significativement dans notre étude), et l'anxiété qui double dans des proportions similaires à notre étude.

Les comparaisons entre les études demeurent cependant difficiles de par la variabilité des motifs en terme de définitions, de leur association parfois (anxiété et trouble de l'humeur par exemple), ou de l'intrication de plusieurs motifs pour une même consultation.

Les troubles du comportement se démarquent par leur ascension significative entre 2003 et 2013 dans notre étude. Ils s'intègrent, avec les tentatives de suicide, dans le groupe des

troubles externalisés, par opposition aux troubles internalisés (anxiété, trouble de l'humeur). Cependant, les tentatives de suicide peuvent d'une certaine manière être également rapprochées des troubles internalisés car elles sont autocentrées.

De nombreux facteurs explicatifs développementaux, génétiques et neurologiques ont été avancés concernant ces troubles (62)(63). Jeammet en a une approche psychanalytique. L'accroissement actuel des troubles du comportement à l'adolescence reflèterait pour lui de nouvelles formes d'expressions d'organisations psychiques (87). L'adolescence est en effet une période charnière où l'individu est mû par des désirs contraires, entre narcissisme et relation objectale, ou dépendance et autonomie, et dont le caractère paradoxal remet en cause l'unité de son psychisme interne. Quand l'équilibre est rompu, cela peut engendrer des passages à l'acte là où l'élaboration mentale fait défaut, aptes à lui fournir le sentiment de maîtrise qui lui manque, dans sa relation aux autres et à la réalité, mais aussi par rapport à ses propres désirs. Ces passages à l'acte, particulièrement bruyants et anxiogènes pour l'entourage, induisent des situations de crise qui amènent à la consultation en urgence.

Malgré leur ascension dans notre étude, les troubles du comportement ne parviennent pas à supplanter les tentatives de suicide. D'ailleurs, leur nombre est probablement sous-estimé, certaines pouvant passer inaperçues si elles ne sont pas avouées ou décryptées. Par ailleurs, certains troubles du comportement ou d'autres motifs comme les abus de substance peuvent se révéler être des équivalents suicidaires, comme définis par Farberow et l'Ecole Américaine de Suicidologie, qu'ils défendent comme des actes d'auto-destruction directe ou indirecte (88).

Enfin, les troubles de l'humeur et l'anxiété ont une prévalence particulièrement élevée chez les adolescents en général, période synonyme de remaniements psychiques profonds avec son lot de questionnements existentiels, quand l'unité psychique le permet. L'association entre les deux entités anxiété et troubles de l'humeur est fréquente à cette période de la vie notamment (61). Il n'est donc pas étonnant de les retrouver parmi les premiers motifs de consultations essentiellement adolescentes.

- Motifs selon le sexe

Les tentatives de suicide apparaissent essentiellement féminines, dans notre étude où elles concernent 64,2% des consultations féminines en 2003 et 80% en 2013, comme dans la littérature où elles constituent, pour Podlipski et al. (43), le premier motif de consultation chez les filles à 32%, touchent 10 filles sur 12 pour Velin et al. (59), et sont composées de 76,9% de filles selon Crespo et al. (11).

L'anxiété et les troubles de l'humeur sont également plus souvent féminins dans notre étude et dans la littérature (49).

Les troubles du comportement apparaissent quant à eux essentiellement masculins dans notre étude où ils comprennent 55,6% et 64,4% de consultations masculines, comme dans la littérature où ils concernent 28% des consultations masculines (43), ou comprennent 67,8% de garçons ($p < 0,001$) (49).

Ces éléments confortent la différence d'expression des troubles psychopathologiques en fonction des sexes.

- Motifs selon l'âge

Tous motifs confondus, on a vu qu'il y avait une grande majorité de patients préadolescents et adolescents, âgés de 11 ans et plus.

On constate cependant des écarts d'âges plus ou moins importants selon les motifs.

Que ce soit dans notre étude ou dans la littérature, la population préadolescente et adolescente est davantage rattachée aux troubles internalisés. Dans l'étude de Sullivan et Rivera (31), comme dans notre étude, les troubles de l'humeur sont plus fréquemment représentés chez les plus de 12 ans (57%), tout comme dans l'étude de Dil et Vuijk (49) avec l'anxiété et les idées suicidaires.

b) Diagnostics

Les données de la littérature sont encore une fois très hétérogènes sur les taux de diagnostics et certaines parlent indifféremment de motif ou de diagnostic (8)(11)(12)(13)(14)(16)(17)(18)(19)(23)(29)(31)(32)(51).

On constate tout de même que les trois diagnostics principaux de notre étude (troubles névrotiques, troubles de l'humeur, et troubles émotionnels et du comportement) sont aussi les plus fréquemment retrouvés dans les autres études, seul leur ordre diffère.

Sur le plan évolutif, dans l'étude de Newton et al. (19), les diagnostics de troubles de l'humeur, de troubles émotionnels et des conduites et de troubles névrotiques sont stables entre avril 2002 et mars 2006, stabilité retrouvée dans notre étude pour les troubles névrotiques (de 43,7% à 47,6%), mais pas pour les deux autres, les troubles de l'humeur étant divisés par quatre (24,1% à 6,3%, $p < 0,001$), et les troubles émotionnels et des conduites multipliés par trois (12,6% à 35,9%, $p < 0,001$).

Dans l'étude de Blondon et al. (8), les auteurs expliquent qu'il est difficile d'exploiter finement le diagnostic porté en fin de consultation d'urgence. Mais ils précisent néanmoins que le diagnostic le plus fréquemment retenu, aussi bien en 1992 qu'en 2002, est le trouble dépressif qui augmente, contrairement à notre étude, de 24,2% à 35,8%. La dépression s'exprime en effet différemment chez l'adolescent par rapport à l'adulte, pouvant conduire à des productions symptomatiques voire au passage à l'acte qui peut être un moyen pour l'adolescent de lutter contre l'effondrement dépressif. Un trouble du comportement pourra donc être perçu comme relevant purement du trouble des conduites ou révélateur d'une dépression masquée (89)(90), pouvant expliquer en partie certaines disparités diagnostiques.

Les trois diagnostics principaux partagent par ailleurs des caractéristiques développementales communes, situées à l'interface entre facteurs génétiques, neurologiques, hormonaux, et environnementaux, et dont les comorbidités psychiatriques notamment familiales, la prise en charge par l'ASE, et le parcours scolaire sont des révélateurs. Ainsi, un jeune patient qui aura par exemple été exposé à de la violence au sein de la cellule familiale, sera plus susceptible de développer des troubles psychopathologiques par la suite, qui en fonction d'autres facteurs

(patrimoine génétique, capacités de mentalisation, étayage familial, prise en charge psychologique...), pourront s'exprimer sur un versant internalisé (trouble névrotique, trouble de l'humeur type dépression) ou externalisé (troubles des conduites notamment avec des comportements violents).

Ces diagnostics sont associés à une clinique particulière (vellétés suicidaires dans le cadre des troubles de l'humeur, attaques de paniques dans le cadre des troubles névrotiques ou agitation dans le cadre des troubles du comportement par exemple) potentiellement plus inquiétante pour l'entourage, ou en tous cas plus susceptible de dépasser leurs capacités de contenance et pouvant les conduire à solliciter les urgences.

- Diagnostics selon le sexe et l'âge

Dans notre étude, on retrouve, comme dans l'étude de Crespo et al. (11), une prédominance de filles pour le diagnostic de trouble anxieux (de 61,5% à 71,6%, versus 71,4% pour Crespo et al.) et à l'inverse une prédominance de garçons pour le diagnostic de trouble des conduites (66,7% à 51,9%, versus 67,9%).

Par contre, cette étude ne retrouve pas de différence significative dans la comparaison de l'âge entre ces diagnostics.

Si on fait un parallèle entre les motifs de consultation et les diagnostics portés, on peut faire l'hypothèse de certaines associations privilégiées, grâce à la répartition respective du sexe et de l'âge :

- les troubles névrotiques (F4) comportent un taux (43,7% à 47,6%), une moyenne d'âge (13,3 et 14,4 ans) et une répartition entre les deux groupes d'âge compatible avec le regroupement des motifs d'anxiété (taux : 5,5% et 11,3%, moyenne d'âge 13,4 ans et 12,9 ans) et de tentatives de suicide (taux : 42,9% et 28,2%, moyenne d'âge 14,8 ans et 15 ans), et tous les trois ressortent majoritairement de consultations féminines ;
- les troubles émotionnels et du comportement (F9) peuvent être rapprochés du motif de troubles du comportement de la même manière ;
- par contre, les troubles de l'humeur (F3) ont un taux de 24,1%, supérieur à celui du motif de troubles de l'humeur (8,8%) en 2003, ce qui porte à croire qu'une partie des autres motifs se voyaient attribuer ce diagnostic, ce qui n'est plus le cas en 2013, où

seulement 6,3% des consultations y sont rattachées, alors que 9,7% viennent pour ce motif.

Cette corrélation entre les motifs et les diagnostics plaide en faveur d'une modification qui se situerait non au sein des habitudes de cotation diagnostique, mais plutôt au niveau du profil psychopathologique des consultations, avec davantage de troubles anxieux et du comportement.

3/ Orientation

Le nombre d'hospitalisations augmente de 51 à 78 entre 2003 et 2013.

Cette hausse n'est cependant pas à la hauteur de celle des consultations, ce qui fait chuter leur taux de 55,5% à 39,6% entre les deux années ($p<0,01$), tandis que celui des retours à domicile avec suivi ambulatoire augmente de 39,5% à 59,4% ($p<0,01$).

Selon la littérature (8)(10)(11)(12)(13)(14)(15)(16)(17)(19)(28)(32)(44)(49)(50)(51)(58)(59):

- les hospitalisations varient de 10,5% à 57% suite à ces consultations ;
- les retours à domicile varient de 30,3% à 83,8%, et plus précisément, ceux avec suivi de 27% à 59%.

Les études qui s'alignent sur nos données de 2013 sont celles de Boyer et al. (16) et de Stewart et al. (32), qui trouvent respectivement que 41% et 46,8% des consultations aboutissent à une hospitalisation (et les autres à un retour à domicile avec suivi ambulatoire).

Il y a aussi celle de Blanc et al. (58), et avec encore davantage de retours à domicile, celle de Mahajan et al. (14).

Les études de Christodulu et al. (15) et de Santiago et al. (13) s'alignent quant à elles sur nos données de 2003, avec 50% d'hospitalisations, ainsi que celle de Grimaud H. qui retrouve 57% d'hospitalisations et 41% de retours à domicile (dont 27% avec un suivi ambulatoire proposé) (44).

Concernant l'aspect évolutif, les études de Newton et al. (19), et de Blondon et al. (8) retrouvent toutes deux une diminution du taux d'hospitalisation comme dans notre étude mais

avec des taux initiaux beaucoup plus bas. La deuxième étude retrouve en particulier un taux d'hospitalisations qui passe de 34% en 1992 à 20% en 2002.

On constate donc globalement une diminution de la proportion des hospitalisations, et parallèlement, une augmentation de celle des retours à domicile, confortée par la littérature.

Cette évolution peut être le reflet de facteurs structuraux, avec un amoindrissement de la disponibilité des lits, face à la demande qui augmente. Comme nous l'avons vu, les lits dédiés à la pédopsychiatrie sont souvent saturés en Meurthe et Moselle, ce qui peut conduire à des orientations par défaut.

Dans ce sens, Blanc et al. mentionnent que 10% des consultations ne sont pas hospitalisées en psychiatrie malgré leur indication, mais se soldent par un hébergement bref en unité de courte durée par exemple, ou en une sortie avec un suivi ambulatoire rapproché, faute de lits.

On peut aussi penser que la hausse des consultations se fait pour des cas jugés moins sévères ne relevant pas d'une hospitalisation (8)(23)(56).

Par ailleurs, sur l'ensemble des urgences pédiatriques, il y a eu 2 870 hospitalisations sur les 13 055 passages aux urgences pédiatriques durant le premier semestre 2003, et 2 879 sur les 12 861 passages durant le premier semestre 2013, ce qui donne des taux d'hospitalisations totaux à respectivement 22% et 22,4%.

On reste donc en pédopsychiatrie bien au dessus du taux général des hospitalisations, même si l'écart se ressert, avec pour l'année 2003 2,5 fois plus d'hospitalisations et pour l'année 2013 1,8 fois plus.

D'ailleurs, cette proportion est retrouvée par Stills et Bland (12) qui précisent que les hospitalisations pédopsychiatriques sont deux fois plus nombreuses que pour les autres motifs. Pour Santiago et al. (13), elles représentent même sept fois le taux d'hospitalisation de tous les patients des urgences pédiatriques.

a) Orientation en fonction du motif

Même s'il reste élevé, on assiste à une franche diminution du pourcentage d'hospitalisations en psychiatrie suite à une tentative de suicide, qui passe de 89,2% en 2003 à 56,4% en 2013

($p=0,001$) dans notre étude. Ces pourcentages rejoignent celui de l'étude de Crespo et al. (11), dans laquelle 77,8% des tentatives de suicide sont hospitalisées.

Le taux d'hospitalisations faisant suite à des troubles du comportement diminue également dans notre étude mais sans significativité, passant de 50% à 35,9%, ce qui est similaire à l'étude de Crespo et al., dans laquelle il est à 40%.

Les hospitalisations intervenant suite à des troubles de l'humeur augmentent sans significativité non plus, passant de 37,5% à 50%, et celles ayant lieu suite à une consultation pour anxiété passent de 0% à 18,2%, se situant autour du taux de Crespo et al. à 7,1%.

b) Orientation en fonction du diagnostic

Les hospitalisations baissent de manière significative pour le diagnostic des troubles de l'humeur ($p<0,05$), et de manière non significative pour celui des troubles névrotiques.

En 2013, les taux d'hospitalisation de chaque diagnostic rejoignent ceux des motifs que nous leur avons précédemment affilié, ce qui conforte cette association.

Selon l'étude de Mahajan et al. (14), les troubles de l'humeur et les troubles névrotiques font partie des cinq diagnostics les plus hospitalisés, ce qui rejoint notre étude.

c) Durée d'hospitalisation

Les hospitalisations de plus d'une semaine sont majoritaires en 2013 (61,4%), sans différence significative par rapport à l'année 2003.

Ce taux est inférieur à celui de 78% retrouvé par Rist et Plantade (37).

Le fait qu'une part importante des hospitalisations dure plus d'une semaine apporte un éclairage nouveau sur le phénomène de diminution du taux d'hospitalisation constaté. Ce phénomène vient infirmer l'hypothèse d'une baisse de sévérité des cas. En effet, un cas jugé peu sévère ne nécessiterait que le temps d'une observation de quelques jours en hospitalisation avant un retour à domicile. C'est alors l'hypothèse d'un manque de disponibilités des lits qui prévaut devant la baisse des orientations en hospitalisation : les patients ne seraient parfois pas admis faute de place.

4/ Perspectives d'évolution

Comme nous l'avons vu, les urgences constituent bien souvent le premier et même parfois le seul contact pour les jeunes avec le système de soin (10)(34)(35).

Elles concentrent également une population souvent vulnérable et plus à risque de présenter des troubles psychopathologiques (91). Grupp-Phelan et al. trouvent ainsi que 70% des jeunes patients venant aux urgences pédiatriques présentent au moins un trouble de santé mental (92).

Les urgences sont de surcroît au carrefour de plusieurs niveaux de soin :

- prévention primaire car elles peuvent être l'occasion de dispenser des informations et des conseils ;
- prévention secondaire car elles constituent un lieu propice au dépistage précoce de certains troubles ;
- entretien psychiatrique initial lors de l'évaluation, à visée diagnostique mais aussi thérapeutique ;
- soin d'aval dans la continuité des soins.

Par ailleurs, la conjoncture actuelle de la psychiatrie infanto-juvénile est marquée par une double pénurie : celle des moyens structuraux et humains (36).

Cette discipline souffre effectivement d'un manque de moyens tant dans les secteurs publics que privés, d'autant plus criante que le recours à ces secteurs augmente. Dans cette lignée, le nombre de lits en hospitalisation complète a chuté au cours des 20 dernières années (93).

Les équipements de type hospitalisation de jour et de nuit, centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel, hospitalisation à domicile, équipes mobiles, liaison, restent insuffisants malgré un effort budgétaire important des ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation) dans le cadre de la mise en œuvre des SROS (Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire) (93).

En Lorraine en 2011, on comptait 9 lieux d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile dont 3 en territoire de santé meurthe et mosellan, ce qui représentait moins de 200 lits dont une vingtaine en hospitalisation complète.

L'effort doit donc se poursuivre dans le sens d'une adéquation entre la demande et l'offre de soins, en visant un maintien des hospitalisations complètes et des autres

équipements, d'autant plus que la hausse des consultations pédopsychiatriques aux urgences engendre un surcoût important car elle exploite les ressources des urgences (13)(14)(18).

Le renforcement des structures ambulatoires permettrait de faire baisser ces consultations, engendrant une économie substantielle, qui viendrait amortir l'investissement de départ.

La démographie médicale pose également problème. Ce n'est pas la densité des psychiatres qui est en cause mais leur répartition géographique qui est hétérogène et crée une pénurie relative. Les politiques de santé préconisent ainsi de **renforcer l'attractivité des zones déficitaires** en mettant en place des mesures incitatives, mais là encore, cela nécessite des financements.

La prévention, et le **renforcement du maillage inter institutionnel et transdisciplinaire** dans lequel s'inscrit la continuité des soins constituent des objectifs primordiaux en politique de santé mentale, comme on le voit à travers la circulaire datant de 2002 du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité relative à la prise en charge concertée des troubles psychiatriques des enfants et adolescents en grande difficulté (94) dont est issu notamment le Plan de Santé Mentale 2005-2008 de l'INSERM (93).

Leurs applications sont mises en œuvre dans le volet Psychiatrie et Santé Mentale des Schéma Régionaux d'Organisation de la Santé : SROS 3 de 2006 à 2011 (36) révisé par le SROS-PRS (Politique Régionale de Santé) en 2013 (95), et reprises dans le PRS 2012-2017 en 2014 (40).

Les urgences, de par leur structure et leur situation, se prêtent particulièrement bien au dépistage des troubles psychopathologiques des jeunes patients (96).

Or, une étude portant sur des sujets présentant de tels troubles et se présentant aux urgences pour un autre motif montre que 98% de ces patients ne sont pas dépistés (66) : certains parlent d' « urgences silencieuses » (39).

En matière de pratique clinique, la mise en place d'un dépistage systématique au niveau des urgences permettrait de réduire la morbi-mortalité associée aux troubles psychopathologiques, et d'en diminuer la charge tant au niveau de l'individu que de la société, en favorisant des prises en charges plus précoces.

Pour ce faire, on peut imaginer la mise en place de **procédures standardisées** (déjà effectives pour les tentatives de suicide) qui aideraient aussi à limiter les consultations itératives. Par exemple, si seulement 20 à 30% des tentatives de suicides poursuivent une thérapie au-delà de

3 consultations, on s'aperçoit que des appels ou l'envoi de courriers au moins 4 fois par an permet une baisse des récidives (97).

Chun et al. promeuvent et décrivent l'utilisation d'**outils de dépistage** efficaces et pratiques mis au point dans le cadre de l'urgence, avec des taux d'acceptabilité et de faisabilité tout à fait satisfaisants, tant du côté des patients et de leurs familles que des professionnels. Ces outils s'inscrivent dans une dynamique de prévention secondaire et tertiaire d'éventuelles séquelles de troubles psychopathologiques, et doivent être étudiés plus en amont pour être validés et optimisés (91).

Horowitz et al. résument également des conférences de consensus prônant de tels outils ainsi que le développement de protocoles d'interventions pratiques en matière de prévention secondaire ; en insistant sur la position stratégique des intervenants de première ligne que sont les professionnels des urgences, et les liens étroits entre santé physique et santé mentale (98).

Ceci implique la sensibilisation et la **formation des professionnels** de première ligne sur les problématiques psychiatriques (98), et donc une **collaboration optimisée et pérenne entre les équipes de pédiatrie et de pédopsychiatrie**. En effet, il existe une certaine antinomie entre l'abord de l'urgence psychiatrique et celui de l'urgence somatique. Ils ne demandent pas la même temporalité, ni la même distance émotionnelle (5), ce qui peut expliquer certaines réticences voir rejets de la part des équipes, regrettables certes, mais humains.

Cette collaboration est donc indispensable à tous les niveaux de soin (99) et placée sous l'égide de la théorie de l'être biopsychosocial de Engel (100) « qui considère les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sur un pied d'égalité, dans un système de causalités complexes, multiples et circulaires » (101). En pédopsychiatrie, comme nous l'avons abordé précédemment, « les troubles psychopathologiques reflètent un dysfonctionnement se situant moins dans l'enfant ou l'adolescent lui-même que dans ses relations avec son entourage - un entourage qui lui aussi est dynamique et changeant, et qui contribue parfois activement aux difficultés de l'enfant ou de l'adolescent au lieu de l'aider à les surmonter » (102).

Plus largement, le **travail partenarial** doit être pensé avec les médecins généralistes qui aident aussi à décloisonner la spécialité, la psychiatrie générale, ainsi que les partenaires sociaux, médico-sociaux, éducatifs et même judiciaires, en aval mais aussi en amont des urgences. Il implique de diffuser l'information auprès des différentes instances pour permettre un dépistage précoce, mais aussi d'y déployer les spécialistes, pour favoriser l'accès au soin.

Tursz préconise par exemple de faire de l'école un lieu de dépistage précoce (9), dans la mesure où la quasi-totalité des enfants est scolarisée à partir de l'âge de 3 ans en France.

En parallèle, cela nécessite aussi un **travail en réseau** avec les partenaires de l'intersecteur. Dans notre étude en particulier, une part importante des consultations relève de troubles du comportement (agitation, hétéro agressivité...), dont les cas les plus complexes ne peuvent être pris en charge par les équipes pédiatriques.

Les SROS et PRS proposent le développement des équipes mobiles et des CMP afin de créer du lien avec les structures médico sociales et sociales type ASE, en favorisant la circulation de l'information par le biais notamment de formations autour du dépistage et de la prévention des troubles du comportement par exemple. Ils souhaitent également dédier des structures existantes comme les IME (instituts médico éducatifs) à la prise en charge de ces adolescents, en y affectant des équipes mixtes socio éducatives et sanitaires.

Le développement des CMP ainsi que leur visibilité dans la population paraissent particulièrement importants, et un des objectifs était d'identifier en Meurthe et Moselle un CMP de référence pour des prises en charge intersectorielles spécifiques à destination des étudiants. Ils préconisent également une mutualisation des moyens pour pallier à leur pénurie, des CMP entre eux mais également par le biais de prises en charges mixtes adultes et infanto-juvéniles pour les 16-25 ans, pour éviter la rupture de soin qui peut avoir lieu lors du passage à l'âge adulte.

Les urgences constituent finalement une sorte de baromètre du système de soin pédopsychiatrique dans le sens où elles peuvent refléter des inadéquations entre demande et offre de soin en ambulatoire.

Elles constituent aussi bien souvent le premier contact du jeune avec les spécialistes de la santé mentale. Il est donc important de bien connaître le profil des consultations, et à travers lui, celui de la population et de sa demande, afin d'optimiser leur prise en charge.

Cette optimisation passe pour certaines études par la réduction du temps d'attente (17). Ce délai, entre l'arrivée du patient et la consultation pédopsychiatrique, est retardé par celui de la prise en charge de première ligne.

Le développement d'une unité d'accueil psychiatrique au sein du service des urgences pédiatriques permettrait d'écourter ce délai en évitant cette première étape pour les patients qui ne viennent aux urgences que pour un motif explicitement psychiatrique.

Ce dispositif ne serait par contre pas valable pour les patients venant pour un autre motif ou en tous cas avec une plainte impliquant des aspects somatiques (tentatives de suicide, auto mutilation, troubles psychosomatiques, troubles du comportement alimentaire, malaise...). Ces derniers doivent emprunter le circuit classique en passant par les urgences pédiatriques afin de bénéficier en premier lieu d'une évaluation et le cas échéant de soins somatiques. Ce dispositif ne remet pas en question le travail partenarial entre les spécialistes somaticiens et de santé mentale, qui demeure crucial, car un motif somatique peut occulter une problématique psychopathologique, et inversement.

L'amélioration de la prise en charge comprend aussi celle de l'orientation post urgence. Les hospitalisations augmentent dans notre étude mais en proportion moindre que le nombre des consultations. Outre l'hypothèse d'une société moins contenante qui sollicite plus souvent les urgences pour des cas de sévérité moindre, on peut aussi avancer le manque de lits, dont le nombre est resté stable à 19, alors que les consultations n'ont cessé d'augmenter. Ce phénomène crée donc un fossé obligeant parfois à des orientations par défaut, ce qui fait montre une fois encore d'une certaine inadéquation entre offre et demande de soin (37).

VII. LIMITES DE L'ÉTUDE ET POINTS FORTS

Nous avons pris en compte dans nos critères d'inclusion toutes les consultations, y compris celles qui étaient itératives pour un même patient.

Cette étude reflète donc le profil des consultations, du point de vue du soignant et non stricto sensu de la population demandeuse, même si elle permet de l'appréhender, à condition de prendre en considération une potentielle surreprésentation de certaines caractéristiques inhérentes à ces patients qui reviennent plusieurs fois aux urgences.

Cette étude comporte par ailleurs des biais de mesure et d'échantillonnage de par son caractère rétrospectif :

- Les données manquantes ne sont pas prises en compte lors du calcul des risques relatifs.
- Le support change pour le recueil des données entre les deux années : en 2003, ce recueil était seulement basé sur la liste infirmière, alors qu'en 2013 le listing a pu être complété par la liste informatisée des consultations « SUP ».

Nous avons relevé certaines différences entre les consultations répertoriées et non répertoriées en 2013.

Par rapport aux consultations non répertoriées, les consultations répertoriées comportent davantage de consultations adressées par l'entourage familial ou les responsables légaux (1,4 fois plus), associées à des prises en charge par l'ASE (1,5 fois plus) ou à des familles biparentales en couple (1,7 fois plus).

Cependant, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les deux années pour ces trois critères au cours de notre étude.

Le risque est donc d'avoir conclu à tort à l'absence de différence entre les deux années, et cette différence se ferait dans le sens d'une diminution des adresseurs familiaux, des prises en charge par l'ASE (qui resterait néanmoins surreprésentée), et des modèles biparentaux en couple (ce qui resterait concordant avec l'émergence des modèles monoparentaux). Cette probabilité est faible car la tendance est à l'augmentation pour ces trois critères, et le p loin du seuil de significativité.

Nous pouvons donc faire l'hypothèse que le fait de ne pas avoir pris en compte d'éventuelles consultations non répertoriées en 2003, n'a pas eu de retentissement majeur sur notre étude,

dans la mesure où elles sont en proportion similaire à celles de l'année 2013. Malheureusement, cette hypothèse n'est pas vérifiable en pratique.

Par ailleurs, notre étude porte sur les 6 premiers mois des années 2003 et 2013. Elle ne peut donc rendre compte que partiellement d'éventuelles modifications inhérentes aux variables temporelles, comme par exemple celle des motifs en fonction de la période de l'année (ce qui n'a pas été étudié ici). Il serait donc intéressant de prolonger la période d'étude, pour d'une part renforcer sa puissance, et d'autre part faire un parallèle avec le calendrier scolaire sur une année scolaire entière.

De manière générale, la comparaison entre les études est difficile du fait de leur hétérogénéité. Tursz (9) met ainsi en évidence une disparité des taux de prévalence des troubles psychiatriques dans les études, du fait de la diversité des définitions utilisées, des lieux et des techniques de recueil de données.

De par son caractère unicentrique, cette étude ne permet pas de généralisation à l'échelle nationale. Malgré cela, le CHU de Nancy est un centre de référence qui draine un large bassin de population et ses urgences pédiatriques offrent donc un panel à priori assez représentatif des situations que l'on peut rencontrer à plus grande échelle aux urgences pédiatriques en France. De par son caractère épidémiologique, cette étude contribue à l'enrichissement de la connaissance du profil des consultations pédopsychiatriques aux urgences pédiatriques.

Notre étude présente également un sujet d'actualité pluraliste et transdisciplinaire, inscrit au cœur d'enjeux majeurs de Santé Publique, qui répond aux objectifs épidémiologiques des politiques de santé. En effet, les demandes de prises en charges sont en plein essor dans le domaine de la pédopsychiatrie, tout comme les troubles de santé mentale chez les enfants et les adolescents.

Les urgences pédiatriques constituent un terrain d'investigations particulièrement pertinent de par leur situation privilégiée au carrefour de la prise en charge du jeune patient qu'elles conditionnent, et de la continuité des soins par l'intermédiaire de laquelle elles reflètent l'état des autres structures de soin.

Cette étude offre des pistes de réflexion en vue de l'amélioration de pratiques, et met en exergue le travail partenarial et en réseau qu'elle implique, en insistant sur la nécessité d'une adéquation optimale entre les soins et la demande qui augmente.

VIII. SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE

L'**augmentation du nombre de consultations** pédopsychiatriques aux urgences pédiatriques est estimée à **92,7%** entre 2003 et 2013, et environ **une consultation sur cinq** est une consultation multiple durant la période étudiée.

Leur occurrence est plus élevée en période scolaire, et seulement la moitié des consultations concerne des patients en milieu scolaire ordinaire et sans retard. On assiste en 2013 à l'émergence des filières spécialisées, professionnelles, de l'exclusion et de la déscolarisation par rapport à 2003. **L'école apparaît être un révélateur et un catalyseur** des troubles psychopathologiques chez les jeunes.

Concernant leur profil sociodémographique, près de 90% des consultations sont faites par des patients de **plus de 11 ans**, et 62,2% sont des consultations **féminines**. L'âge moyen est plus élevé pour ces dernières (14,7 ans en 2013), que pour les consultations masculines (13 ans en 2013), sans modification à 10 ans.

Les principaux motifs évoluent. Si tous augmentent, les **tentatives de suicide diminuent** en proportion d'un facteur 1,5, constituant près du tiers des consultations (28,2%) en 2013 ($p=0,01$). Elles sont rejointes par les **troubles du comportement qui augmentent** d'un facteur 1,7 pour atteindre 27,7% ($p<0,05$). L'anxiété augmente pour atteindre 11,3% ($p=0,12$), et les troubles de l'humeur restent stables autour de 9%.

Les troubles externalisés sont associées aux **consultations masculines** (55,6% en 2003 et 64,4% en 2013) : leur caractère bruyant peut en partie expliquer l'âge de consultation plus précoce ; tandis que les consultations pour les troubles internalisés et les tentatives de suicides sont plus souvent féminines. Cette dichotomie des sexes rejoint celle retrouvée en clinique courante.

La **haute proportion d'antécédents de suivis** même arrêtés (80%) et d'**hospitalisations** en psychiatrie (un tiers) témoigne de l'évolution de troubles pré existants bien souvent en amont de la consultation. Parallèlement, les **antécédents de suivis contemporains à la consultation sont divisés par 1,5** ($p<0,05$) ce qui peut témoigner d'une **diminution de l'accès au soin ambulatoire**.

Au niveau environnemental, les **comorbidités familiales restent prépondérantes**, même si elles baissent de 67% à 49,2%. Les **modèles monoparentaux augmentent** d'un facteur 3 entre les deux années ($p<0,01$), et le nombre de consultations concernant des enfants uniques a été multiplié par 2,5 ($p<0,01$), reflétant pour certains un affaiblissement des familles et une perte de repères.

L'**entourage familial**, puis les **institutions** dans une moindre mesure, sont à l'origine de la majorité des consultations ce qui peut témoigner d'un dépassement de leurs capacités de contenance.

Enfin, un **tiers des consultations concerne des patients bénéficiant d'une prise en charge par l'ASE**, et environ **17% placés** en foyer ou en famille d'accueil. Cette surreprésentation témoigne de ruptures qui prédisposent à des troubles psychopathologiques.

Ces constats s'inscrivent dans une double conjoncture sociétale et d'organisation des soins.

Les diagnostics de troubles émotionnels et du comportement augmentent d'un facteur 2,8 pour atteindre 35,9% des consultations en 2013 ($p=0,0001$), tandis que les diagnostics de troubles de l'humeur diminuent d'un facteur 3,8 pour atteindre 6,3% ($p=0,0001$), et que les ceux des troubles névrotiques restent relativement stables à 47,6% en 2013.

La modification des diagnostics peut relever de la subjectivité inhérente à toute cotation de diagnostic, notamment en psychiatrie.

Cependant, on retrouve une concordance des taux avec ceux des motifs assimilables, confortée par une distribution équivalente des sexes et des âges, ce qui plaide en faveur d'une **modification psychopathologique au sein des consultations, en faveur des troubles anxieux et du comportement**.

Enfin, les **hospitalisations diminuent** en proportion, de 55,5% à 39,6% ($p<0,01$) pour tous les motifs, tandis que les retours à domicile augmentent de 39,5% à 59,4% ($p<0,01$), ce qui peut refléter soit une diminution de l'accès aux lits, soit une diminution de la sévérité des cas.

IX. CONCLUSION

Nous avons retrouvé des modifications à 10 ans tant dans le profil des consultations pédopsychiatriques aux urgences que dans la demande sous jacente.

Ces évolutions s'inscrivent dans une double conjoncture structurale et sociétale, et sont marquées par une hausse massive des consultations, à fortiori pour des troubles du comportement.

Cette recrudescence est le reflet pour certains d'une propension à l'agir chez l'adolescent, qui vient déborder les capacités d'un entourage moins contenant.

Cependant, à l'instar de Jeammet dans son livre « Grandir en temps de crise », le risque de ce genre de considérations est d'engluier les adolescents dans un pessimisme ambiant relevant certainement de causes plus profondes (103).

En effet, les troubles psychopathologiques des enfants et des adolescents découlent d'intrications complexes entre divers facteurs, parmi lesquels le climat dans lequel ils évoluent apparaît être un déterminant majeur de leur santé mentale.

Il faut bien garder à l'esprit que la crise, même si elle s'exprime à travers l'enfant ou l'adolescent, implique aussi la cellule familiale, et à plus grande échelle la société toute entière.

Parallèlement, l'offre et la demande de soin apparaissent en inadéquation tant en ambulatoire qu'en hospitalisation ce qui vient alourdir le poids des consultations aux urgences.

Ceci conforte les objectifs des SROS en terme de santé mentale, qui visent une régularisation du système de soin dans le sens d'un rééquilibrage, afin de temporiser les situations de crise en amont, et de mieux contrôler cet afflux des consultations pédopsychiatriques aux urgences.

Si l'optimisation des soins peut aussi passer par la formation des professionnels de première ligne, et la création de structures spécifiques parallèles au sein des urgences, elle implique dans tous les cas un travail partenarial et en réseau avec tous les acteurs de soin, qu'il faut s'évertuer à renforcer, d'autant plus que la continuité des soins est cruciale dans ces situations

Dans tous les cas, le lieu des urgences, même s'il peut être parfois critiqué comme étant peu adapté à l'accueil de ces jeunes patients en souffrance psychique, n'en reste pas moins étayant, et apporte la contenance qui fait justement défaut.

Cette thèse s'articule donc autour des problématiques psychopathologiques de l'enfant et de l'adolescent en situation de crise, dont la recherche constitue une priorité des politiques de santé. Les données de la littérature en la matière sont encore assez rares et hétérogènes, et les comparaisons demeurent difficiles.

Par ailleurs, elle comporte certains biais liés notamment à son caractère rétrospectif, qu'il serait intéressant d'aplanir dans un travail idéalement prospectif et de plus grande ampleur, visant à cibler davantage la population demandeuse ainsi que sa demande effective, pour offrir des soins toujours plus adaptés, et tendre vers l'homéostasie du système de soin.

X. ANNEXES

Annexe 1 : Caractéristiques des consultations de 2003 et de 2013 et comparaison des deux années

Caractéristiques	2003 N = 97 %*	2013 N = 212 %*	Analyse univariée RR (IC95%)	p
Récidives	20,6	25	1,2 (0,8-1,9)	0,43
Consultation en semaine	78	83,6	1,1 (0,9-1,2)	0,26
Consultation pendant les vacances scolaires ou les jours fériés	9,9	10,8	1,1 (0,5-2,3)	0,82
Sexe féminin	57,1	64,6	1,1 (0,9-1,4)	0,22
Âge ≥ 11 ans	84,6	92,3	1,1 (1,0-1,2)	0,04
Adressée par l'entourage familial ou les responsables légaux	62,5	69,8	1,1 (0,9-1,4)	0,24
Adressée par l'école, le foyer ou la famille d'accueil	23,8	18	0,8 (0,5-1,2)	0,28
Scolarité ordinaire sans retard	53,9	57,4	1,1 (0,9-1,3)	0,57
Scolarité ordinaire avec retard	23,1	4,1	0,2 (0,1-0,4)	0,0001
Scolarité en milieu spécialisé	9,9	16,9	1,7 (0,9-3,4)	0,12
Scolarité: exclus ou déscolarisés	7,7	13,3	1,7 (0,8-3,8)	0,16
Scolarité en filière professionnelle	5,5	8,2	1,5 (0,6-4,0)	0,41
Hebergement: domicile parental	75,6	81,9	0,9 (0,8-1,1)	0,41
Hebergement en foyer ou famille d'accueil	14,2	18,1	1,3 (0,7-2,3)	0,41
Famille biparentale en couple	43,3	42,3	1,0 (0,7-1,3)	0,86
Famille monoparentale seule	6,7	20,9	3,1 (1,4-7,1)	0,003
Parent décédé	8,8	3,6	0,4 (0,2-1,1)	0,07
Fratrie: enfant unique	8,8	22,1	2,5 (1,2-5,1)	0,006
Motif: trouble du comportement	16,5	27,7	1,7 (1,0-2,8)	0,04
Motif: anxiété	5,5	11,3	2,1 (0,8-5,2)	0,12
Motif: trouble de l'humeur	8,8	9,7	1,1 (0,5-2,4)	0,8
Motif: tentative de suicide	42,9	28,2	0,7 (0,5-0,9)	0,01
Antécédent de suivi actuel ou ancien	83,9	80,8	1,0 (0,9-1,1)	0,5
Antécédent de suivi actuel seulement	33	21,7	0,7 (0,4-0,9)	0,04
Antécédent d'hospitalisation	29,5	38,2	1,3 (0,9-1,9)	0,16
Comorbidités générales	77,5	61,6	0,8 (0,7-0,9)	0,01
Comorbidités personnelles psychiatriques ou somatiques	8,8	10,8	1,2 (0,6-2,7)	0,6
Comorbidités familiales psychiatriques ou somatiques	67	49,2	0,7 (0,6-0,9)	0,005
Prise en charge par l'ASE	33	35,8	1,1 (0,7-1,5)	0,65
Diagnostic: F9	12,6	35,9	2,8 (1,6-5,1)	0,0001
Diagnostic: F3	24,1	6,3	0,3 (0,1-0,5)	0,0001
Diagnostic: F4	43,7	47,6	1,1 (0,8-1,5)	0,56
Orientation: hospitalisation (en psychiatrie ou pédiatrie)	55,5	39,6	0,7 (0,5-0,9)	0,005
Orientation: retour à domicile avec suivi ambulatoire	39,5	59,4	1,5 (1,1-1,9)	0,002
Durée d'hospitalisation ≤ 7jours	51,3	38,6	0,8 (0,5-1,2)	0,22

*Pourcentages calculés en fonction des données connues

Annexe 2 : Caractéristiques des consultations en 2013 : comparaison entre les consultations non répertoriées et répertoriées

Caractéristiques	Consultations non répertoriées N = 25 %*	Consultations répertoriées N = 187 %*	Risque relatif (IC95%)	p
Récidives	0	48	-	-
Consultation en semaine	72	83,4	0,9 (0,7-1,0)	0,5
Consultations pendant les vacances scolaires ou les jours fériés	91,3	88,4	1,8 (1,1-3,0)	0,68
Sexe féminin	47,8	66,5	0,7 (0,5-1,1)	0,08
Âge ≥ 11 ans	8,7	7,5	1,2 (0,3-4,8)	0,84
Adressée par l'entourage familial ou les responsables légaux	90,5	66,9	1,4 (1,2-1,6)	< 0,05
Adressée par l'école, le foyer ou la famille d'accueil	0	20,1	-	-
Scolarité ordinaire sans retard	30,4	43,9	0,7 (0,4-1,3)	0,2
Scolarité ordinaire avec retard	0	4,6	-	-
Scolarité en milieu spécialisé	4,3	18,5	0,2 (0,1-0,6)	0,1
Scolarité: exclus ou déscolarisés	4,3	14,5	0,3 (0,1-0,8)	0,2
Scolarité en filière professionnelle	21,7	6,4	3,4 (1,5-7,8)	0,1
Hébergement: domicile parental	95,8	78,2	1,2 (1,1-1,3)	0,1
Hébergement en foyer ou en famille d'accueil	4,2	19,4	0,2 (0,1-0,6)	0,1
Famille biparentale en couple	66,7	39,5	1,7 (1,2-2,4)	0,02
Famille monoparentale seule	13,6	21,4	0,6 (0,3-1,2)	0,3
Parent décédé	4,4	3,5	1,3 (0,2-1,0)	0,83
Fratrie: enfant unique	8,7	23,7	0,4 (0,1-1,4)	0,1
Motif: troubles du comportement	34,8	26,6	1,3 (0,7-2,4)	0,41
Motif: anxiété	13	11,56	1,1 (0,4-3,5)	0,84
Motif: troubles de l'humeur	0	10,2	-	-
Motif: tentative de suicide	17,4	29,5	0,6 (0,2-1,5)	0,23
Antécédent de suivi actuel ou ancien	82,6	80,6	1,0 (0,9-1,2)	0,9
Antécédent de suivi actuel seulement	30,4	21,1	1,4 (0,9-2,3)	0,3
Antécédent d'hospitalisation	73,9	60,4	1,2 (0,9-1,6)	0,21
Comorbidités personnelles psychiatriques ou somatiques	20,8	9,4	2,2 (1,1-4,5)	0,2
Comorbidités familiales psychiatriques ou somatiques	29,2	53,2	0,5 (0,4-0,7)	0,1
Prise en charge par l'ASE	90,9	60,8	1,5 (1,3-1,8)	0,001
Adoption	95,6	92,5	1,0 (0,9-1,1)	0,58
Diagnostic: F9	34,8	36,6	1,0 (0,5-1,7)	0,87
Diagnostic: F3	0	7,3	-	-
Diagnostic: F4	59,1	47,1	1,3 (0,8-1,9)	0,3
Orientation: hospitalisation (en psychiatrie ou pédiatrie)	21,7	41,8	0,5 (0,2-1,2)	0,07
Orientation: retour à domicile avec suivi ambulatoire	20,8	29,1	0,7 (0,4-1,2)	0,3
Durée d'hospitalisation ≤ 7 jours	20	37,9	0,5 (0,3-0,8)	0,1

*Pourcentages calculés en fonction des données connues

XI. BIBLIOGRAPHIE

1. Berthaut E, Marcelli D. Urgences psychiatriques à l'adolescence : Urgences psychiatriques. *Rev Prat.* 2003;53(11):1191-6.
2. Alvin P. Les adolescents aux urgences. *Enfances Psy.* 1 juin 2002;18(2):77-83.
3. Speranza M, Laudrin S, Guillemet I, de Guillenchmidt C, Jallade C, Epelbaum C. Urgences et intervention de crise en psychiatrie infanto-juvénile. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* déc 2002;50(8):562-7.
4. Laudrin S, Speranza M. Crise et urgence en pédopsychiatrie. *Enfances Psy.* 1 juin 2002;18(2):17-23.
5. Vidailhet C. La pédopsychiatrie aux urgences d'un hôpital d'enfants. *Arch Pediatr.* 1995;2(12):1131-4.
6. Guedj M-J. Situations urgentes en psychiatrie : Urgences psychiatriques. *Rev Prat.* 2003;53(11):1180-5.
7. Guedj M-J. L'urgence à l'adolescence. *Adolescence.* 1 sept 2011;77(3):615-26.
8. Blondon M, Périssé D, Unni S-K-E, Wilson A, Mazet P, Cohen D. L'accueil d'urgence en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : évolution sur 20 ans dans un site hospitalo-universitaire. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* avr 2007;55(1):23-30.
9. Tursz A. Connaissance de la pathologie mentale de l'enfant : l'apport de l'épidémiologie. *Arch Pédiatrie.* févr 2001;8(2):191-203.
10. Starling J, Bridgland K, Rose D. Psychiatric emergencies in children and adolescents: an Emergency Department audit. *Australas Psychiatry Bull R Aust N Z Coll Psychiatr.* déc 2006;14(4):403-7.
11. Crespo Marcos D, Solana García MJ, Marañón Pardillo R, Gutiérrez Regidor C, Crespo Medina M, Míguez Navarro C, et al. [Psychiatric patients in the pediatric emergency department of a tertiary care center: review of a 6-month period]. *An Pediatría Barc Spain* 2003. juin 2006;64(6):536-41.
12. Sills MR, Bland SD. Summary statistics for pediatric psychiatric visits to US emergency departments, 1993-1999. *Pediatrics.* oct 2002;110(4):40-50.
13. Santiago LI, Tunik MG, Foltin GL, Mojica MA. Children requiring psychiatric consultation in the pediatric emergency department: epidemiology, resource utilization, and complications. *Pediatr Emerg Care.* févr 2006;22(2):85-9.
14. Mahajan P, Alpern ER, Grupp-Phelan J, Chamberlain J, Dong L, Holubkov R, et al. Epidemiology of psychiatric-related visits to emergency departments in a multicenter collaborative research pediatric network. *Pediatr Emerg Care.* nov 2009;25(11):715-20.

15. Christodulu KV, Lichenstein R, Weist MD, Shafer ME, Simone M. Psychiatric emergencies in children. *Pediatr Emerg Care*. août 2002;18(4):268-70.
16. Boyer L, Henry J-M, Samuelian J-C, Belzeaux R, Auquier P, Lancon C, et al. Mental Disorders among Children and Adolescents Admitted to a French Psychiatric Emergency Service. *Emerg Med Int*. 2013;2013:651530. doi:10.1155/2013/651530.
17. Case SD, Case BG, Olfson M, Linakis JG, Laska EM. Length of stay of pediatric mental health emergency department visits in the United States. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. nov 2011;50(11):1110-9.
18. Grupp-Phelan J, Mahajan P, Foltin GL, Jacobs E, Tunik M, Sonnett M, et al. Referral and Resource Use Patterns for Psychiatric-Related Visits to Pediatric Emergency Departments: *Pediatr Emerg Care*. avr 2009;25(4):217-20.
19. Newton AS, Ali S, Johnson DW, Haines C, Rosychuk RJ, Keaschuk RA, et al. A 4-year review of pediatric mental health emergencies in Alberta. *CJEM*. sept 2009;11(5):447-54.
20. INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale) Santé des enfants et des adolescents: propositions pour la préserver. Expertise opérationnelle. 2ème éd. 2009. [Internet]. [cité 25 août 2014]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/159/?sequence=13>
21. World Health Organization. The World Health Report 2001-Mental Health: New Understanding, New Hope, World Health Organisation, Lyon, France, 2001. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2001 [cité 26 août 2014]. Disponible sur: <http://site.ebrary.com/id/10015759>
22. Fombonne E. Épidémiologie des troubles psychiatriques en pédopsychiatrie. *EMC - Psychiatr*. août 2005;2(3):169-94.
23. Edelsohn GA, Braitman LE, Rabinovich H, Sheves P, Melendez A. Predictors of urgency in a pediatric psychiatric emergency service. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. oct 2003;42(10):1197-202.
24. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Plan santé mentale: « l'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover ». Novembre 2001. [Internet]. [cité 25 août 2014]. Disponible sur: <http://cnmp.free.fr/textes/mental.pdf>
25. Stheneur C, Rey C, Alvin P. L'adolescent aux urgences. *Médecine Thérapeutique Pédiatrie*. 9 nov 1999;2(5):369-72.
26. OMS (Organisation Mondiale de la Santé) Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. 2005. [Internet]. [cité 27 août 2014]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/policy/santementale_enfant_ado_final.pdf
27. Leitch K. Vers de nouveaux sommets : rapport de la conseillère en santé des enfants et des jeunes. Santé Canada. 2007 [Internet]. [cité 25 août 2014]. Disponible sur: <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/child-enfant/advisor-conseillere/index-eng.php>

28. Grupp-Phelan J, Harman JS, Kelleher KJ. Trends in mental health and chronic condition visits by children presenting for care at U.S. emergency departments. *Public Health Rep Wash DC* 1974. févr 2007;122(1):55-61.
29. Newton AS, Rosychuk RJ, Dong K, Curran J, Slomp M, McGrath PJ. Emergency health care use and follow-up among sociodemographic groups of children who visit emergency departments for mental health crises. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 4 sept 2012;184(12):E665-74.
30. Newton AS, Rathee S, Grewal S, Dow N, Rosychuk RJ. Children's Mental Health Visits to the Emergency Department: Factors Affecting Wait Times and Length of Stay. *Emerg Med Int.* 2014;2014:897904. doi: 10.1155/2014/897904.
31. Sullivan AM, Rivera J. Profile of a comprehensive psychiatric emergency program in a New York City municipal hospital. *Psychiatr Q.* 2000;71(2):123-38.
32. Stewart C, Spicer M, Babl FE. Caring for adolescents with mental health problems: challenges in the emergency department. *J Paediatr Child Health.* nov 2006;42(11):726-30.
33. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). CIM-10 / ICD-10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche. Paris : Masson, 2000. 305 p.
34. Wilson KM, Klein JD. Adolescents who use the emergency department as their usual source of care. *Arch Pediatr Adolesc Med.* avr 2000;154(4):361-5.
35. Oster A, Bindman AB. Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions: insights into preventable hospitalizations. *Med Care.* févr 2003;41(2):198-207.
36. ARS (Agence Régionale de la Santé): SROS III (Schéma Régional d'Organisation des Soins) [Internet]. [cité 26 août 2014]. Disponible sur: [http://www.parhtage.sante.fr/re7/lor/doc.nsf/VDoc/073ED057A0A9FCF1C1257140004A097B/\\$FILE/DOCUMENT_SROSI_V2.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/lor/doc.nsf/VDoc/073ED057A0A9FCF1C1257140004A097B/$FILE/DOCUMENT_SROSI_V2.pdf)
37. Rist B, Plantade A. L'hospitalisation des urgences en pédopsychiatrie : la crise de la sortie. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* mars 2002;50(2):150-4.
38. Dolan MA, Fein JA, Committee on Pediatric Emergency Medicine. Pediatric and adolescent mental health emergencies in the emergency medical services system. *Pediatrics.* mai 2011;127(5):e1356-66.
39. Duverger P, Champion G, Malka J. Les urgences pédopsychiatriques à l'urgence pédiatrique. *Rev Francaise Psychiatr Psychol Médicale.* 2000;4(40):19-22.
40. ARS Lorraine (Agence Régionale de la Santé en Lorraine) Une stratégie régionale de la psychiatrie en Lorraine. Juillet 2014 [Internet]. [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/VOTRE_SANTE/SANTE_MENTALE/STRATEGIE_PSYCHIATRIE/Note_orientation_Strategie_regionale_en_psychiatrie.pdf

41. Chambry J. Urgences et pédopsychiatrie. Arch Pédiatrie. juin 2010;17(6):682-3.
42. Rouby P, Wissocq M, Hameury L, Perrot A, Malvy J. Les urgences pédopsychiatriques à l'hôpital pédiatrique. Ann Psychiatr. 2001;16(2):110-6.
43. Podlipski M-A, Peuch A-C, Belloncle V, Rigal S, Grall-Lerosay M, Castanet M, et al. Accueil en urgence des adolescents pour motif pédopsychiatrique. Arch Pédiatrie. janv 2014;21(1):7-12.
44. Grimaud Hélène. Les urgences psychosociales aux urgences pédiatriques: caractéristiques et modalités de prise en charge. Thèse d'exercice: Médecine générale: Nantes: 2007; 10.
45. Lachal. Urgences psychiatriques chez l'enfant [Internet]. [cité 24 août 2014]. Disponible sur: http://www.editionsmf.com/article_detail.jsp?article=2260&lang=fr
46. Goareguer F., Hayez J.-Y. La psychiatrie de l'enfant et l'urgence. Analyse et spécificités. Louvain Med. 117: 293-307; 1998 [Internet]. [cité 17 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.jeanyveshayez.net/psy-urge.htm>
47. Kahn JP, Witkowski P, Laxenaire M. Peut-il y avoir une définition médicale de la crise familiale? Can J Psychiatry. 1989;34(4):316-9.
48. Bonnafé L. Grivois H, Mathieu P. Urgences psychiatriques. EMC. Paris:Techniques; 1986.
49. Dil LM, Vuijk PJ. Emergency Presentations to an Inner-city Psychiatric Service for Children and Adolescents. Child Care Pract. juill 2012;18(3):255-69.
50. Newton AS, Ali S, Johnson DW, Haines C, Rosychuk RJ, Keaschuk RA, et al. Who Comes Back? Characteristics and Predictors of Return to Emergency Department Services for Pediatric Mental Health Care. Acad Emerg Med. févr 2010;17(2):177-86.
51. Healy E, Saha S, Subotsky F, Fombonne E. Emergency presentations to an inner-city adolescent psychiatric service. J Adolesc. août 2002;25(4):397-404.
52. Goldstein AB, Frosch E, Davarya S, Leaf PJ. Factors associated with a six-month return to emergency services among child and adolescent psychiatric patients. Psychiatr Serv Wash DC. nov 2007;58(11):1489-92.
53. Goldstein AB, Silverman MAC, Phillips S, Lichenstein R. Mental health visits in a pediatric emergency department and their relationship to the school calendar. Pediatr Emerg Care. oct 2005;21(10):653-7.
54. Zakari S, Walburg V, Chabrol H. Étude du phénomène d'épuisement scolaire, de la dépression et des idées de suicides chez des lycéens français. J Thérapie Comport Cogn. sept 2008;18(3):113-8.
55. Zakari S, Walburg V, Chabrol H. Influence de la pression perçue par les lycéens français sur le stress scolaire. J Thérapie Comport Cogn. sept 2008;18(3):108-12.

56. Kennedy A, Cloutier P, Glennie JE, Gray C. Establishing best practice in pediatric emergency mental health: a prospective study examining clinical characteristics. *Pediatr Emerg Care*. juin 2009;25(6):380-6.
57. Chi-Lan Do. Les représentations de la grande difficulté scolaire par les enseignants, année 2005-2006. Ministère de l'Education Nationale de l'enseignement Supérieur et de la Recherche. Direction de l'évaluation de la prospective et de la performance. [Internet]. [cité 22 oct 2014]. Disponible sur: <http://media.education.gouv.fr/file/91/3/4913.pdf>
58. Blanc B, Zebiche H, Didillon A, Legras S, Maestracci M, Rodière M. Pédopsychiatrique de crise et adolescents aux urgences pédiatriques. *J Eur Urgences*. 2008;21:A117.
59. Velin P, Alamir H, Babe P, Guida A, Four R, Montaz-Rosset N, et al. Les adolescents aux urgences de l'hôpital Lenval pour enfants à Nice en 1999. *Arch Pédiatrie*. avr 2001; 8(4):361-67 [Internet]. EM-Consulte. [cité 24 août 2014]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/4772/article/les-adolescents-aux-urgences-de-l-hopital-lenval-p>
60. Alvin P, Deschamps JP. Santé, risques et « mises en risque » à l'adolescence : Réflexions sur certaines priorités contemporaines. *Ann Pédiatrie*. 1998;45(5):378-84.
61. Alvin P, Marcelli D, Bader-Meunier B, Baruchel A, Collectif. Médecine de l'adolescent. Édition : 2e édition. Paris: Elsevier Masson; 2005. 453 p.
62. Gicquel L, Corcos M. Troubles du comportement de l'adolescent. *Rev Prat*. :pp. 1935-45.
63. Cohen D. Vers un modèle développemental d'épigenèse probabiliste du trouble des conduites et des troubles externalisés de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. juin 2008;56(4-5):237-44.
64. INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale) Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. 2002. [Internet]. [cité 23 oct 2014]. Disponible sur: [http://www.inserm.fr/content/download/7306/56239/version/1/file/Texte+int%C3%A9ral+troubles+mentaux+\(2002\).pdf](http://www.inserm.fr/content/download/7306/56239/version/1/file/Texte+int%C3%A9ral+troubles+mentaux+(2002).pdf)
65. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Les jeunes, leur rapport à la santé et leur état de santé. Dossiers 2009-2010. Muriel Moisy. [Internet]. [cité 23 nov 2014]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossiers_2009_2010_les_jeunes_leur_rapport_a_la_sante_et_leur_etat_de_sante.pdf
66. Downey LVA, Zun LS, Burke T. Undiagnosed mental illness in the emergency department. *J Emerg Med*. nov 2012;43(5):876-82.
67. Cole DA, Rehm LP. Family interaction patterns and childhood depression. *J Abnorm Child Psychol*. juin 1986;14(2):297-314.

68. 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 Pédiatrie. mars 2001;8(3):259-67.
69. Nicolis H, Delvenne V. Analyse quantitative des facteurs de risque familiaux chez les adolescents hospitalisés en unité de crise. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. nov 2007;55(7):407-12.
70. Schmit G. Les constellations familiales complexes In: La santé mentale en actes. Études Rech Actions En Santé Ment En Eur. 1 janv 2005;41-50.
71. Maughan B, McCarthy G. Childhood adversities and psychosocial disorders. Br Med Bull. janv 1997;53(1):156-69.
72. Aseltine RH. Pathways linking parental divorce with adolescent depression. J Health Soc Behav. juin 1996;37(2):133-48.
73. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Parental separation, adolescent psychopathology, and problem behaviors. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. oct 1994;33(8):1122-31; discussion 1131-3.
74. Rutter M. Clinical implications of attachment concepts: retrospect and prospect. J Child Psychol Psychiatry. mai 1995;36(4):549-71.
75. Fossion P, Rejas M-C, Hirsch S. Exemples de maltraitance théorique dans le champ familial In: La trans-parentalité: La psychothérapie à l'épreuve des nouvelles familles. Paris: L'harmattan; 2008: 87-110. [Internet]. <http://www.systemique.be/spip>. 2009 [cité 11 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.systemique.be/spip/spip.php?article537>
76. Patten SB. The loss of a parent during childhood as a risk factor for depression. Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr. déc 1991;36(10):706-11.
77. Wille N., Bettge S., Ravens-Sieberer U and the BELLA study group. Risk and protective factors for children's and adolescent's mental health: results of the BELLA study. Eur Child Adolesc Psychiatry [Suppl 1]. 2008; 17: 133-147 [Internet]. [cité 11 sept 2014]. Disponible sur: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/Fa chartikel/Eur_Child_Adolesc_Psychiatry_2008_17_Suppl_1:133-147.pdf?__blob=publicationFile
78. Garralda ME. Child psychiatric emergencies: a research note. J Child Psychol Psychiatry. avr 1983;24(2):261-7.
79. Les chiffres clés en protection de l'enfance.Observatoire National de L'Enfance en Danger. Oned [Internet]. [cité 21 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.oned.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance#Enqu%C3%AAte%20IP>
80. Sicot F. Urgences pédopsychiatriques: restituer les crises dans le contexte organisationnel de leur survenue. Empan. 2009/3; 75: 53-60 [Internet]. [cité 24 août 2014]. Disponible sur: http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=EMPA_075_0053

81. Ferley JP- DASES-Paris, Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire (CAREPS). Etude sur l'état général des enfants placés à l'ASE de Paris, Rapport N°395A; Grenoble: CAREPS.2003; 204p. [Internet]. [cité 11 sept 2014]. Disponible sur: http://fondation-enfance.docressources.org/opac/index.php?lvl=author_see&id=2496
82. Kayser C, Jaunay E, Giannitelli M, Deniau E, Brunelle J, Bonnot O, et al. Facteurs de risque psychosociaux et troubles psychiatriques des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et ayant recours à des soins hospitaliers. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* nov 2011;59(7):393-403.
83. Cooper JL, Masi R. The Nationnal Center for Children in Poverty (NCCP) Child and Youth Emergency Mental Health Care: A National Problem. 2007 [cité 24 août 2014]; Disponible sur: <http://academiccommons.columbia.edu/catalog/ac:126501>
84. Zebiche H, Blanc B, Legras S, Maestracci M, Rodière M. Adolescents en grande difficulté aux urgences. *J Eur Urgences.* 2008;21:A117.
85. Bowlby J. Soins maternels et santé mentale. Genève. Organisation mondiale de la santé. 1951. [Internet]. [cité 11 sept 2014]. Disponible sur: [http://whqlibdoc.who.int/monograph/WHO_MONO_2_\(part1\)_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/monograph/WHO_MONO_2_(part1)_fre.pdf)
86. Alvin P, Gasquet I, de Tournemire R, Nouyrigat V, Speranza M. Les adolescents aux urgences hospitalières. À propos d'une enquête menée à l'AP-HP. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* déc 2002;50(8):571-6.
87. Jeammet P. Innovations en clinique et psychopathologie de l'adolescence. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* Elsevier; 2001. p. 672-8.
88. Soubrier JP. Contribution à la notion d'équivalent suicidaire: le concept d'autodestruction directe ou indirecte. Selon Farberow et l'Ecole Américaine de Suicidologie. *Psychol Médicale.* 1981;13(8):1205-7.
89. Allilaire JF. Dépressions masquées : du masque somatique au masque comportemental des troubles de l'humeur. *Sem Hôp Paris.* 1994;70(19-20):576-86.
90. Moalla Y, Laaribi H, Ayadi H, Kolsi S, Ghribi F. Dépression chronique de l'enfant et organisation anaclitique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* mai 2002;50(3):208-14.
91. Chun TH, Duffy SJ, Linakis JG. Emergency Department Screening for Adolescent Mental Health Disorders: The Who, What, When, Where, Why and How It Could and Should Be Done. *Clin Pediatr Emerg Med.* 1 mars 2013;14(1):3-11.
92. Grupp-Phelan J, Delgado SV, Kelleher KJ. Failure of psychiatric referrals from the pediatric emergency department. *BMC Emerg Med.* 2007;7:12.
93. INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale) Plan santé mentale 2005-2008 [Internet]. [cité 4 oct 2014]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf

94. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n°2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiatriques des enfants et adolescents en grande difficulté. Bulletin Officiel n°2002-21 [Internet]. [cité 5 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-21/a0212069.htm>
95. ARS (Agence Régionale de Santé) SROS-PRS révisé 8 juillet 2013 [Internet]. [cité 4 oct 2014]. Disponible sur : http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/PRS/PRS_ARRETE/SROS-PRS_revise_8_juillet_2013.pdf
96. Stheneur C, Sznajder M, Guyot C, Martin S, Nathanson S, Kerbourc'h S, et al. Les urgences, un lieu de repérage des adolescents en difficulté. Arch Pédiatrie. juin 2014;21(6):593-600.
97. Alberti T. Les urgences pédopsychiatriques. Soins Psychiatr. 2008;(257):9-9.
98. Horowitz L, Kassam-Adams N, Bergstein J. Mental Health Aspects of Emergency Medical Services for Children: Summary of a Consensus Conference. J Pediatr Psychol. 12 janv 2001;26(8):491-502.
99. Bailly D, Kabuth B, Sibiril V, Le Duigou N, Vigneron-Cavare S, Monin P, Schmitt M et al. Y a-t-il une psychiatrie de liaison possible aux urgences pédiatriques? In: Pédopsychiatrie de liaison: vers une collaboration entre pédiatres et psychiatres. Ed by Bailly D. Doin éditeurs; 2005: 43-54. Rueil-Malmaison: Doin éditeurs; 2005.
100. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry. mai 1980;137(5):535-44.
101. Berquin A. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. Médecine Sport. 11 août 2010;Volume 258(28):1511-3.
102. Dumas J. Une approche descriptive, développementale et relationnelle. In: Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Édition : 4e édition revue et augmentée. Bruxelles: De Boeck; 2013.
103. Grandir en temps de crise - broché - Philippe Jeammet - Livre [Internet]. [cité 14 oct 2014]. Disponible sur: <http://livre.fnac.com/a6715331/Philippe-Jeammet-Grandir-en-temps-de-crise>

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Dans les pays industrialisés, les consultations pédopsychiatriques aux urgences pédiatriques augmentent constamment depuis 20 ans. Elles révèlent des états cliniques d'urgence mais aussi des états de crise et conditionnent toujours les soins ultérieurs. Elles méritent donc toute notre attention.

L'objectif de notre étude rétrospective et comparative est d'étudier le profil des consultations pédopsychiatriques de l'hôpital d'enfants du CHU de Nancy sur un semestre, les réponses thérapeutiques proposées, et leur évolution entre 2003 et 2013.

Ces consultations ont évolué de 97 en 2003 à 212 en 2013, découlant majoritairement de crises latentes comme en attestent les 80% de suivis antérieurs ou actuels. Le taux de comorbidités familiales (50%) et la surreprésentation de patients confiés à l'ASE (35%) soulignent l'impact psychopathologique des facteurs environnementaux sur les jeunes. En dépit d'une diminution significative en 10 ans (de 42,9% à 28,2% ($p=0,01$)), les tentatives de suicide demeurent le motif principal de consultation. Elles sont majoritairement féminines, tout comme les troubles internalisés. Inversement, d'autres troubles comme les troubles du comportement ont augmenté (de 16,5% à 27,7% ($p<0,05$)), reflétant une propension à l'agir chez une population à plus de 90% adolescente ou préadolescente. En 10 ans, les taux d'hospitalisations post consultation ont diminué de 55,5% à 39,6% ($p=0,005$).

L'évolution des consultations pédopsychiatriques aux urgences pédiatriques semble refléter les modifications sociétales, ainsi que la relative pénurie structurale et humaine du système de soin. Afin d'affiner nos connaissances et d'adapter nos réponses à ces consultations, il serait intéressant de mener une nouvelle étude de plus grande ampleur, multicentrique.

TITRE EN ANGLAIS

Psychiatric consultations in the pediatric emergency department at Nancy University
Hospital : profile and 10-year assessment

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE – ANNÉE 2015

MOTS CLEFS

Consultations pédopsychiatriques - urgences pédiatriques - évolution des profils - étude comparative

ADRESSE DE L'UFR :

Université de Lorraine
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
