



HAL
open science

Réflexion sur l'évolution des urgences pédopsychiatriques à partir d'une étude menée CHRU de Nancy (2003-2013)

Jonathan Boyer

► **To cite this version:**

Jonathan Boyer. Réflexion sur l'évolution des urgences pédopsychiatriques à partir d'une étude menée CHRU de Nancy (2003-2013). Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03298085

HAL Id: hal-03298085

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298085v1>

Submitted on 23 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



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>

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Jonathan BOYER

Le 3 septembre 2020

Réflexion sur l'évolution des urgences pédopsychiatriques à partir d'une étude menée CHRU de Nancy (2003-2013)

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur B. KABUTH

Président

Monsieur le Professeur V. LAPREVOTE

Juge

Monsieur le Professeur C. SCHWEITZER

Juge

Madame le Docteur F. LIGIER

Juge et directrice



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyenne
Pr Laure JOLY**

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Nicolas GAMBIER
Deuxième cycle : Dr Antoine KIMMOUN
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI
Étudiant : Mme Audrey MOUGEL

Chargés de mission

Docimologie : Dr Jacques JONAS
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Pr Mathias POUSSEL
Relations internationales : Pr Jacques HUBERT

Présidente du Conseil de la Pédagogie : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

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

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND –
Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY –
Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET -
Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER – Henry COUDANE -
Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE -
Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER –
Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ –
Simone GILGENKRANTZ -Gilles GROSDIDIER - François GUILLEMIN - Philippe HARTEMANN –
Gérard HUBERT - Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES
- Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE -
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL –
Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN -
Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD -
François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER –
Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER –
Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER -
Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET –
Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER – Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Marie GILGENKRANTZ –
Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS –
Luc PICARD - François PLENAT -
Jean-Pierre VILLEMOT - Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

Professeur Antoine VERGER

2^e sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

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

Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY –

Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

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

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

3^e sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (*Nutrition*)

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

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI –

Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

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

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT –

Professeur Guillaume VOGIN

3^e sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD –
Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

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

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

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

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

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

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET –

Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

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

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD –

Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3^e sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

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

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2° sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2° sous-section : (Histologie, embryologie, et cytogénétique)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

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

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE –

Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
Docteur Arnaud FLORENTIN (stagiaire)

2° sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3° sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

2° sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE

3° sous-section : (Immunologie)

Docteure Alice AARNINK (stagiaire)

4° sous-section : (Génétiq

Docteure Céline BONNET

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Docteur Philippe GUERCI

2° sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Docteur Antoine KIMMOUN

3° sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

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

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2° sous-section : (Neurochirurgie)

Docteur Fabien RECH (stagiaire)

3° sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Docteur Thomas SCHWITZER (stagiaire)

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4° sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : (Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)

Docteure Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

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

Docteur Anthony LOPEZ

2° sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)

Docteur Cyril PERRENOT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3° sous-section : (Médecine générale)

Docteure Kénora CHAU (stagiaire)

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)

Docteure Eva FEIGERLOVA

5° sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Mikaël AGOPIANTZ (stagiaire)

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE

=====

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)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

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)

A notre 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, votre accessibilité, ainsi que pour votre pédagogie, que ce soit lors des séminaires de pédopsychiatrie ou lors des astreintes aux urgences pédopsychiatriques.

A notre Maître et juge

Monsieur le Professeur Vincent LAPREVOTE

Professeur de Psychiatrie de l'adulte

Je suis particulièrement honoré 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 et votre investissement auprès des étudiants.

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

A notre Maître et juge

Monsieur le Professeur Cyril SCHWEITZER

Professeur de pédiatrie

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

Veillez recevoir toute ma gratitude et mon plus profond respect.

A notre Juge et Directrice

Madame le Docteur Fabienne LIGIER

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

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

Je vous remercie pour votre disponibilité, votre patience, votre bienveillance. Vous avez toujours réussi à trouver du temps pour superviser mon travail malgré un emploi du temps plus que chargé et à faire en sorte de tirer le meilleur de moi-même. J'espère avoir été à la hauteur de votre investissement.

Merci également pour la qualité de votre enseignement.

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

A ma famille

Merci à mes parents pour tellement de choses. Votre éducation, votre affection et votre soutien sans faille. Merci pour votre dévouement qui m'ont porté et permis de me construire. Merci d'avoir toujours cru en moi, quand moi-même je n'y croyais plus. C'est grâce à vous que j'en suis là aujourd'hui.

A mes beaux-parents, Franck et Jacqueline qui m'ont également beaucoup apporté. Vous avez fait partie intégrante de mon éducation, m'avez transmis vos valeurs. Sachez que c'est également grâce à vous si j'en suis là aujourd'hui.

A mon petit frère Théo, je suis très fier de la personne que tu es. Je serais toujours là pour toi et te souhaite le meilleur.

À ma demi-sœur, Julie, pour ta générosité, tes encouragements. Je te souhaite le meilleur pour ton avenir et reste persuadé que tu trouveras ta voie.

A mon demi-frère, Lucien, pour les merveilleux souvenirs de notre enfance, nos disputes et réconciliations. Je te souhaite le meilleur.

A ma compagne, Clémentine, pour tes précieux conseils, ta bonne humeur. Je te remercie pour tous nos moments passés ensemble et nos discussions à n'en plus finir. Merci pour ta présence et ton soutien quotidien.

Et à toute ma famille, avec une pensée particulière pour mes grands-parents qui m'ont tellement apporté.

A mes amis

A Loïc, Arnaud, Quentin, Maxime, Camille, Léa, Grégoire. Pour tous les moments passés ensemble, nos débats sans fin qui m'ont tellement apporté. Je sais que je pourrai toujours compter sur vous. Merci pour votre amitié qui m'est tellement précieuse.

A Julien, pour nos longues discussions qui m'ont ouvert l'esprit, m'ont fait grandir. Merci d'avoir pris le temps de relire mon anglais maladroit. Ton amitié m'apporte et m'importe.

A mes amis d'études, Charlie, Damien, Morgane, Nelson, Stanislas, Valentin, merci pour tous les bons moments passés ensemble.

Merci également à tous mes co-internes et amis.

SERMENT

« Au moment d'être admis 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. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

I] INTRODUCTION	17
II] CONTEXTE	18
III] ARTICLE DE RECHERCHE	21
Résumé en français	22
Abstract	23
Introduction	25
Méthode	27
Recueil des données	28
Analyse statistique	29
Résultats	29
Caractéristiques sociodémographiques	29
Caractéristiques éthiopathogéniques	30
Discussion	32
Conclusion	36
Références	37
IV] PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION	42
Renforcer les effectifs de soins en pédopsychiatrie	42
Repenser le système de soin	43
Du côté des urgences	43
La post-urgence à organiser	45
De manière plus générale en pédopsychiatrie et au-delà	46
Les outils numériques, pour les consultations et pour le soin	46

Le rôle de la recherche	47
Prévention	48
V] CONCLUSION	50
VI] BIBLIOGRAPHIE	51

I] INTRODUCTION

Durant les différents stages effectués sur la période de mon internat, sur les services d'urgences de psychiatrie d'adulte et de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, j'ai entendu de différents professionnels qu'ils avaient l'impression d'être confrontés à une augmentation du nombre de consultations aux urgences pour des motifs psychiatriques. Au-delà de cette sensation de plus grande affluence, les pathologies présentées par les patients sembleraient avoir évolué avec le temps, ce discours étant commun à la psychiatrie adulte et à la pédopsychiatrie.

Ainsi, partant de l'intuition des équipes soignantes, j'ai cherché à savoir s'il était possible d'objectiver une telle évolution dans le temps, en m'intéressant plus spécifiquement à la population pédiatrique.

J'ai eu la chance de pouvoir m'appuyer pour ce faire sur des données d'une étude réalisée sur l'évolution des urgences pédiatriques pour motif pédopsychiatrique au CHRU de Nancy sur la période 2003-2013. J'ai ensuite complété ces données avec des éléments de la littérature internationale en cherchant à comprendre l'origine de cette tendance.

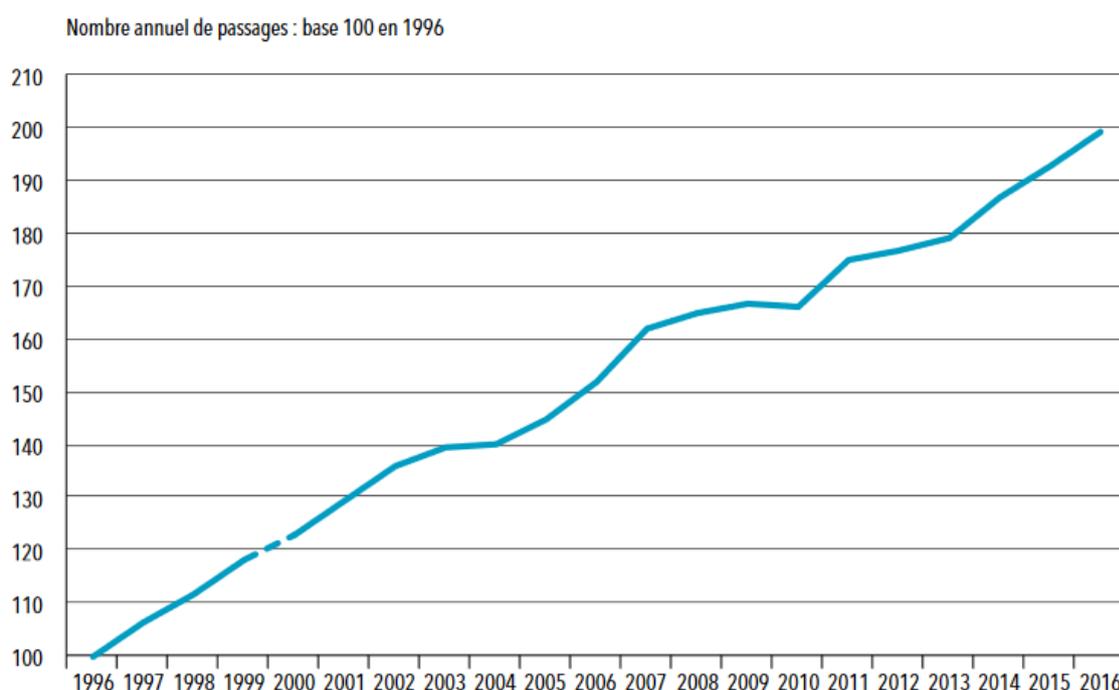
Dans ce travail, après une présentation brève des études internationales sur le sujet, je vous propose un article, soumis et accepté pour publication, reprenant les données de l'étude menée à Nancy et les éléments de réflexions illustrant ces résultats : sociologiques, économiques, épidémiologiques...

Nous compléterons la discussion de l'article avec des propositions permettant de répondre à cette évolution.

II] CONTEXTE

Ces dernières années, le système des urgences français a été confronté à une augmentation croissante du nombre des consultations. Ainsi, il y a environ 10,3 millions de passages aux urgences en France métropolitaine sur l'année 1996, contre 21 millions pour l'année 2016, avec une augmentation moyenne de 3,5% par an sur cette période (1).

Graphique 1 Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996



Note > Ces évolutions sont à interpréter avec prudence car la modification du questionnaire relatif aux urgences et la référence aux articles définissant l'activité de soins autorisée à compter de l'enquête SAE 2000 introduisent une rupture de série entre 1999 et 2000.

Champ > France métropolitaine, hors SSA.

Sources > DREES, SAE 1996-2016, traitements DREES.

En se concentrant sur la population pédiatrique, les enfants de moins de 15 ans représentent 27 % de l'ensemble des passages aux urgences d'après la dernière enquête nationale sur les structures d'urgences hospitalières de la DREES réalisée en 2013, alors qu'ils ne représentent que 19% de la population générale sur cette même année. Le taux de recours aux urgences des enfants est beaucoup plus élevé que celui des autres groupes d'âge, à l'exception des 85 ans ou plus (2).

Parmi ces urgences, les urgences pour motif pédopsychiatrique ont également connu une croissance majeure, en France comme à l'international (voir tableau 1).

Autres	Années étudiées	Pays	Age étudié	Taux d'augmentation	Race	Sexe	Diagnosics principaux	Age
Torlo CM	2006-2011	E-U	1-17 ans	+20.9%	∅	-Filles 53.1% -> 50.9% (+15.9%) -Garçons 46.9% -> 49.1% +26.6%	-TS : +36.5% -Trouble du comportement +16.6% -Trouble de l'humeur +32.7%	-5.9 ans : +32.5% -10-14 ans : +30.9%
Pittsenbarger	2001-2010	E-U	<18 ans	+26%	Blancs	-Garçons 52% -Filles 48%	-Anxiété 14% -Trouble de l'humeur 13% -Abus de substance 11%	Age médian 15 ans
Grupp-Phelan	1995-2001	E-U	<19 ans	Pas d'augmentation significative	∅	∅	∅	<5ans : +3.8% 5-9 ans : + 4.4% 10-18 ans : +7.5%
Stills et Bland	1993-1999	E-U	<18 ans	+50.5%	Les blancs sont 2% moins susceptibles de consulter aux urgences que les non blanc	-Garçons 49.5% -Filles 50.5%	-Trouble névrotique 13.1% -Trouble de l'humeur 12.9% -Anxiété 11.4%	Age moyen : .14.6 ans
Kalb LG, Stapp EK, Ballard ED, et al	2011-2015	E-U	6-24 ans	+28%	-Hispaniques : + 91% -Noirs : +54% -Blancs : Pas d'augmentation significative	-Fille +34% -Garçons +23%	-Multiplication par 2.5 du nombre de visites en lien avec le suicide chez les adolescents	Augmentation plus importante chez les adolescents : +54%
Bjorndon, et al.	1992-2002	France	<18 ans	+60%	∅	Pas de différence significative	-Violence, agressivité, agitation : 31.1% -> 28.3% -TS : 12.7% -> 11.8% -Trouble de l'humeur : 5.1% -> 15.9% 31.1% -> 28.3% -TS : 12.7% -> 11.8% -Trouble de l'humeur : 5.1% -> 15.9%	De 13.6 ans à 12.3 ans
Simon and Schoendorf	2001-2011	E-U	6-20 ans	Proportion d'augmentation des urgences pour des motifs psychiatriques par rapport aux urgences totales : de 4.4% à 7.2%	-Probabilité plus importante de consulter pour les patients noirs vs patients blanc	Pas de différence significative	∅	13-20 ans ont plus de chance de consulter que les autres groupes d'âge, stable sur la période étudiée

Il semble donc intéressant de se pencher sur cette tranche de la population davantage consommatrice de soins en urgence que les autres groupes d'âge.

Par ailleurs, en France, de nombreux rapports ont documenté les difficultés auxquelles est confrontée la pédopsychiatrie : délais d'attente importants, hétérogénéité de l'offre de soins,..., et ces rapports ont mis l'accent sur la nécessité d'améliorer la prise en charge des enfants et adolescents souffrant de troubles psychiques, mais également de mieux prévenir la survenue de ces troubles, en qualifiant de prioritaire la pédopsychiatrie (3).

La conclusion de ces rapports dégage 5 grands axes prioritaires :

- mieux prévenir, diagnostiquer et prendre en charge les troubles psychiques périnataux
- améliorer la coordination entre services de pédopsychiatrie et services de protection de l'enfance
- améliorer la continuité de la prise en charge entre services de pédopsychiatrie et services de psychiatrie adulte
- améliorer la prévention et la prise en charge des moments de violence dans l'évolution clinique des enfants et des adolescents lors des hospitalisations en service de psychiatrie infanto-juvénile
- améliorer la prévention et la prise en charge des tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent (3).

La pédopsychiatrie représente donc un enjeu de santé majeur, plus que jamais d'actualité, et plus spécifiquement à travers la question des services d'urgence qui sont eux aussi en difficulté en raison de la recrudescence du nombre de consultations et du manque de moyens humains et financiers.

C'est pourquoi nous avons désiré analyser l'évolution des consultations aux urgences pédiatriques pour motif pédopsychiatrique en France, ainsi que les mécanismes la sous-tendant. Pour ce faire, nous avons exploité une partie des données d'une étude comparative menée sur les consultations pour motif pédopsychiatrique au service des urgences pédiatriques de l'Hôpital d'enfants du CHU de Nancy entre 2003 et 2013. La méthode et les résultats de cette étude sont présentés dans l'article ci-dessous.

III] ARTICLE DE RECHERCHE

Cet article a été soumis le 28 mai 2020 à l'Encéphale et accepté pour publication le 8 août 2020.

Réflexion sur l'évolution à 10 ans des urgences pédopsychiatriques, CHRU-Nancy

The evolution of child psychiatry emergencies: results and reflections from a Nancy University Hospital study

Jonathan Boyer^{a*}, Alicia Cautenet^a MD, Fabienne Ligier^{ab} MD-PhD,

^a Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent. Centre Psychothérapique de Nancy, 1, rue du Docteur Archambault BP 11010 54 521 LAXOU cedex. Tel : 0383154553

^b EA 4360 APEMAC, équipe MICS, Université de Lorraine, Nancy

* Correspondance : Centre Psychothérapique de Nancy, 1, rue du Docteur Archambault BP 11010 54 521 LAXOU cedex. Tel : 0383154553. jonathan.boyer@cpn-laxou.com

Résumé en français

Introduction : Ces dernières décennies sont marquées par une majoration des consultations aux urgences pédiatriques pour des motifs pédopsychiatriques, dont les origines sont probablement multiples. En France peu d'études traitent ce sujet. C'est pourquoi nous avons proposé d'observer le nombre de consultations pour motif pédopsychiatrique au service des urgences pédiatriques du CHRU de Nancy et de préciser leurs caractéristiques.

Matériel et méthode : Etude ancillaire comparative rétrospective (2003-2013) portant sur des mineurs ayant bénéficié d'une consultation de pédopsychiatrie au sein du service des urgences pédiatriques du CHRU de Nancy.

Résultats : Les consultations ont augmenté de 119% entre 2003 et 2013 (n=97 ; n=212). Elles sont majoritairement féminines avec 55,6% des consultations en 2003 et 63,7% en 2013. L'âge moyen des consultants est stable : 13,9 ans (écart-type=3,3 ans) en 2003 ; 14,1 (2.5) ans en 2013. La structure familiale s'est modifiée avec une multiplication par 3 du modèle monoparental. Concernant les motifs de consultation, les troubles du comportement sont davantage représentés en 2013 : 27,7% vs 16,5% (RR=1,7 ; IC95% 1,0-2,8 ; p<0,05).

Conclusions : En France comme dans les autres pays occidentaux, le nombre de consultations aux urgences pédiatriques pour des motifs pédopsychiatriques a augmenté avec une majoration des troubles du comportement comme motif de consultation. Les causes de cette augmentation sont multifactorielles : économiques, familiales, sociétales, épidémiologiques... Afin de répondre à cette évolution, la prévention, le repérage précoce et l'adaptation des réponses du système de soins aux besoins de la population nécessitent une réflexion collective.

Mots clés : Evolution, Pédopsychiatrie, urgences

Abstract

Introduction : Mental illness is one of the most common causes of disability, morbidity and mortality in childhood. According to the scientific literature, the prevalence of mental health disorders is an estimated 10% to 20% in the USA and similar results are found in France. Although primordial, outpatient care often appears insufficient with inequalities in its geographical distribution and its accessibility. These past decades have been marked by an increase in consultations for mental disorders in pediatric emergency departments. Is this trend indicative of a “defect” in the healthcare organization? Identifying the root causes of this inflation in psychiatric consultations seems of paramount importance in the improvement of healthcare policies. In France and worldwide, only a few studies deal with this subject. That is why we proposed to observe the evolution of the number of consultations for mental health reasons in the pediatric emergency department of Nancy University Hospital and to detail their characteristics.

Materials and methods : Ancillary comparative and retrospective study (2003-2013) on minors having received a child psychiatry consultation within the pediatric emergency department of Nancy University Hospital.

Results : The number of consultations for mental health reasons increased by 119% (97 in 2003; 212 in 2013), while consultations for pediatrics reasons remained stable over the period studied. Consultations mainly dealt with female representing 55.6% of consultations in 2003 and 63.7% in 2013. Mean age of consultants was stable: 13.9 years (standard deviation = 3.3 years) in 2003; 14.1 (2.5) years in 2013. Family structure witnessed a three-fold increase in the single-parent model. Regarding consultation motives, behavioral disorders were significantly more represented in 2013: 27.7% (RR = 1.7; 95% CI 1.0-2.8; $p < 0.05$) versus 16.5%. As far as diagnosis is concerned (ICD-10), emotional and behavioral disorders increased to 35.9% from 12.6% (RR=2.8; IC95% 1.6-5.1; $p=0.0001$).

Conclusions : In France as well as in other western countries, the number of visits in pediatric emergency departments for mental health reasons more than doubled over a 10-year span. This growth mostly concerned externalizing disorders as a motive for consultation. Causes

for this increase are multifactorial and closely related to the prevalence of psychiatric disorders in children. Some studies showed that economic factors played a major role on mental illness during such a downturn as the financial crisis of 2007–08. Unemployment caused by economic crises can weaken pediatric caregivers and therefore their patients. Evolution of family structure and value also explains this trend. These past decades, the two-parent model, relevant till the 1960's, has evolved to a point where single parents are more quickly overwhelmed. Family values are now focused on consensus rather than duty and hedonism became a central value. Women are more involved in the working world which became for all a performance field. Several studies have shown that social settings where competitiveness is the norm breed externalized disorders in children, by advocating short-term efficiency. Moreover, the widespread use of screens in households as well as early exposure impact the psychomotor development, decrease the amount of sleep and may be responsible for the occurrence of many psychiatric disorders. There are some epidemiological reasons too. In 1971 Omran introduced a concept called “epidemiological transition” explaining how mental health issues appeared in the limelight through to the decline of infectious and cardiovascular diseases. This phenomenon has already occurred in western countries which could explain the increase in the prevalence of psychiatric disorders. In Africa there is evidence it may have already started. Beyond all these considerations, the increase in consultations for mental disorders in pediatric emergency departments can be explained by a change in care consumption habits. Going straight to the local emergency department, accessible on a 24/7 basis, is easier than waiting for an outpatient appointment and is also free for the have-nots lacking proper insurance coverage. Scarce resources in ambulatory care may also explain the increased recourse to emergency services. Several reports have showed a lack of child psychiatrists and their uneven geographical distribution. For example, in the US only a third of children with mental disorders receive proper care, this lack having doubled between 1997 and 2010. Despite the reason of this trend, it is important to propose a better fitting of the healthcare system to the population needs, and to improve prevention, early identification. All these changes require further collective reflection.

Key words : Child psychiatry, emergencies, evolution

Introduction

La prévalence mondiale des troubles mentaux chez les enfants et adolescents est de 10 à 20% selon l’OMS et la moitié de ces troubles débutent à l’âge de 14 ans (1). En France bien que peu d’études portent sur le sujet, il semblerait que la prévalence soit du même ordre de grandeur : 12,4% des enfants d’âge scolaire souffriraient de troubles psychiatriques (2).

Ces 20 dernières années le système de soins français est confronté à une augmentation croissante du nombre des consultations aux urgences. Les passages aux urgences en France métropolitaine sont passés d’environ 10,3 millions de passages aux urgences sur l’année 1996 à 21 millions pour l’année 2016, avec une augmentation moyenne de 3,5% par an sur cette période (3). Des résultats similaires sont retrouvés aux États-Unis qui a vu la proportion de la population qui avait au cours de l’année consulté un service d’urgence multipliée par deux entre 1980 (4) et 2000 (de 11% à 22%) (5). Ces résultats sont confirmés par une autre étude américaine réalisée en 2005 qui retrouve une augmentation de 8% du nombre de passage aux urgences entre 1992 et 2001 (6).

Il semblerait que les services d’urgence apparaissent comme un des modes d’accès privilégiés aux soins et la psychiatrie n’est pas épargnée par ce phénomène.

En effet, en France comme dans d’autres pays, les études retrouvent une augmentation de la proportion de consultations pour des motifs pédopsychiatriques parmi toutes les consultations aux urgences pédiatriques (7-11). Au-delà du nombre de consultations, les caractéristiques des consultations semblent également évoluer (Voir tableau 1). Qu’est ce qui est à l’origine de cette recrudescence des consultations aux urgences pour motifs pédopsychiatriques ? Est-ce que cette modalité de soins vient révéler une « faille » du système ?

La littérature portant sur l’évolution des consultations pédopsychiatriques dans les services d’urgence reste pauvre en France. Nous avons donc choisi d’étudier spécifiquement cette évolution en présentant une partie des résultats d’une étude réalisée à l’hôpital d’enfant du CHRU de Nancy, entre 2003 et 2013. Après une comparaison des données retrouvées avec celles de la littérature, nous proposerons des hypothèses et des pistes de réflexion à l’origine à ce phénomène.

Tableau 1 : Présentation d'études décrivant l'évolution des consultations pédopsychiatriques aux urgences pédiatriques

Auteurs	Années étudiées	Pays	Age étudié	Taux d'augmentation	Race	Sexe	Diagnosics principaux	Age
Tajiri CM	2006-2011	E-U	1-17	+20.9 %	☐	-Filles 53.1% -> 50.9% (+15.9%) -Garçons 46.9% -> 49.1% +26.6%	-TS : +35.5% -Trouble du comportement +16.6% -Trouble de l'humeur +32.7%	-5-9 ans : +32.5% -10-14 ans : +30.9%
Pittsenhaber	2001-2010	E-U	<18 ans	+26%	Blancs	-Garçons 52% -Filles 48%	-Anxiété 14% -Trouble de l'humeur 13% -Abus de substance 11%	Age médian 15 ans
Grupp-Phelan	1995-2001	E-U	<19 ans	Pas d'augmentation significative	☐	☐	☐	<5ans : +3.8% 5-9 ans : +4.4% 10-18 ans : +7.3%
Stills et Bland	1993-1999	E-U	<18 ans	+50.5%	Les blancs sont 2% moins susceptibles de consulter aux urgences que les non blanc	-Garçons 49.5% -Filles 50.5%	-Trouble névrotique 13.1% -Trouble de l'humeur 12.9% -Anxiété 11.4%	Age moyen : 14.6 ans
Kalb LG, Stapp EK, Ballard ED, et al	2011-2015	E-U	6-24 ans	+28%	-Hispaniques : +91% -Noirs : +54% -Blancs : Pas d'augmentation significative	-Fille +34% -Garçons +23%	-Multiplication par 2.5 du nombre de visites en lien avec le suicide chez les adolescents	Augmentation plus importante chez les adolescents : +54%
Blonder et al.	1992-2002	France	<18 ans	+60%	☐	Pas de différence significative	-Violence, agressivité, agitation : 31.1% -> 28.3% -TS : 12.7% -> 11.8% -Trouble de l'humeur : 5.1% -> 15.9% 11.1% -> 28.3% -TS : 12.7% -> 11.8% -Trouble de l'humeur : 5.1% -> 15.9%	De 13.6 ans à 12.3 ans
Simon and Schoendorf	2001-2011	E-U	6-20 ans	Proportion d'augmentation des urgences pour des motifs psychiatriques par rapport aux urgences totales : de 4.4% à 7.2%	-Probabilité plus importante de consulter pour les patients noirs vs patients blanc	Pas de différence significative	☐	13-20 ans ont plus de chance ce consulter que les autres groupes d'âge, stable sur la période étudiée

Méthode

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

La place du CHRU de Nancy

Le CHRU de Nancy est un centre de référence qui draine un large bassin de population d'environ 256 000 habitants dont 38 000 ont moins de 14 ans. Il s'agit du seul site d'urgence sur l'agglomération nancéenne dédié aux mineurs pour cette population et comptabilisait 26 326 passages en 2017. Il y a d'autres services d'urgences pédiatrique dans les environs, mais les enfants venant en consultation pour des motifs pédopsychiatriques sont par convention transférés au SAU de Nancy pour y bénéficier d'une consultation spécialisée. Ses urgences pédiatriques offrent un panel à priori assez représentatif des situations que l'on peut rencontrer à plus grande échelle aux urgences pédiatriques en France.

Population étudiée

La population étudiée correspond :

- aux mineurs ayant bénéficié d'une consultation de pédopsychiatrie au sein du service des urgences pédiatriques (SUP) de l'hôpital d'enfants à Brabois
- sur les périodes étudiées, soit entre le 1er janvier et le 30 juin 2003 et entre le 1er janvier et le 30 juin 2013.

Une permanence de soins associée à une astreinte opérationnelle permet une continuité des soins en pédopsychiatrie 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Les demandes peuvent émaner directement du patient ou de sa famille en premier motif de consultation, ou des médecins du service des urgences pédiatriques après une première évaluation pédiatrique.

A noter qu'un même patient peut donc être comptabilisé plusieurs fois car c'est le profil des consultations qui est analysé.

Recueil des données

Pour l'année 2003, les données ont été recueillies à partir des dossiers archivés au Département d'Information Médicale du CPN et pour l'année 2013 des dossiers informatisés consultables via le logiciel CIMAISE (mis en place en 2004).

Les variables recueillies sont réparties en 3 grandes catégories (voir tableau 2):

- temporelles,
- sociodémographiques,
- étiopathogéniques.

Tableau 2 : Données utilisées pour l'étude ancillaire

Catégories	Détails
Temporelles	Récidives : oui / non
Sociodémographiques	Sexe Age moyen et par tranches : < 7 ans, [7ans-11 ans [, [11 ans-15 ans [, [15 ans-19 ans [, ≥ 19 ans Structure familiale: biparentale = présence effective des deux parents, monoparentale = présence effective d'un seul parent : célibataire ; en couple
<u>Etiopathogéniques</u>	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) 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

Analyse statistique

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 $p < 0,05$.

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

Résultats

Pour les semestres étudiés, 97 consultations ont été comptabilisées en 2003 et 212 pour l'année 2013 sur les semestres étudiés, soit une augmentation de 118,6% sur cette période.

Parallèlement, les consultations aux urgences pédiatriques sont restées stables : 13 055 consultations en 2003 et 12 861 en 2013. La part des consultations psychiatriques est donc passée de 0,74% à 1,64% de toutes les consultations au service des urgences pédiatriques.

A noter que des passages multiples pour un même patient ont été repérés. Ils représentaient 20,6% des consultations totales en 2003 avec un maximum de 2 passages pour un même patient au cours des 6 mois étudiés. En 2013, ces passages multiples étaient légèrement plus nombreux, représentant 25% des consultations : 10,4% des consultations se répétaient, entre 2 et 12 fois (17 patients étaient concernés). La différence entre les périodes étudiées n'est cependant pas significative.

Caractéristiques sociodémographiques

Le sex-ratio est en faveur des consultations féminines qui représentent 55,6% des consultations en 2003 et 63,7% en 2013, sans différence significative entre les périodes étudiées.

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 plus de 11 ans (voir Figure 1).

La structure familiale s'est modifiée avec une augmentation importante du modèle « monoparental célibataire » qui passe de 6,7% en 2003 à 20,9% en 2013 (RR= 3,1 ; IC95% 1,4-7,1 ; p<0,01).

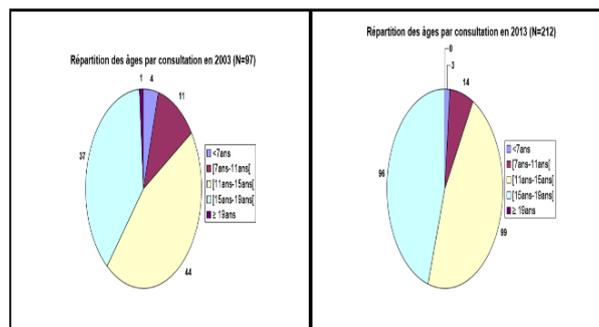


Figure 1. Répartition des âges par consultation

Caractéristiques étiopathogéniques

Les trois principaux motifs de consultation sont la tentative de suicide, les troubles du comportement, puis l'anxiété. On retrouve ainsi une augmentation des troubles du comportement de 16,5% à 27,7% (RR=1,7 ; IC95% 1,0-2,8 ; p<0,05) puis l'anxiété qui passe de 5,5% à 11,3%, sans différence significative entre les deux années. Les troubles de l'humeur restent stables autour de 9% pour les deux années, enfin les conduites d'automutilation passent de 3,3% à 7,6%, sans différence significative. Les tentatives de suicides quant à elles passent 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). Ces données sont résumées dans la Figure 2.

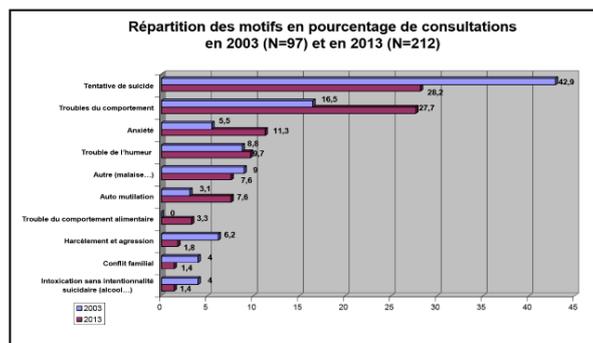


Figure 2. Répartition des motifs en pourcentage de consultation

Les motifs de consultation (voir figure 3) diffèrent en fonction du sexe, ainsi les consultations féminines sont davantage représentées dans les tentatives de suicide (64,2% en 2003 à 80% en 2013), l'anxiété (80% à 69,2%) et les troubles de l'humeur (50% à 78,9%). Les troubles du comportement sont quant à eux davantage retrouvés dans la population masculine (55,6% à 64,4%).

Parmi les trois principaux diagnostics, les troubles émotionnels et du comportement augmentent le plus 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). Les troubles névrotiques ont légèrement augmenté de 43,7% en 2003 à 47,6% en 2013, mais sans significativité.

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%).

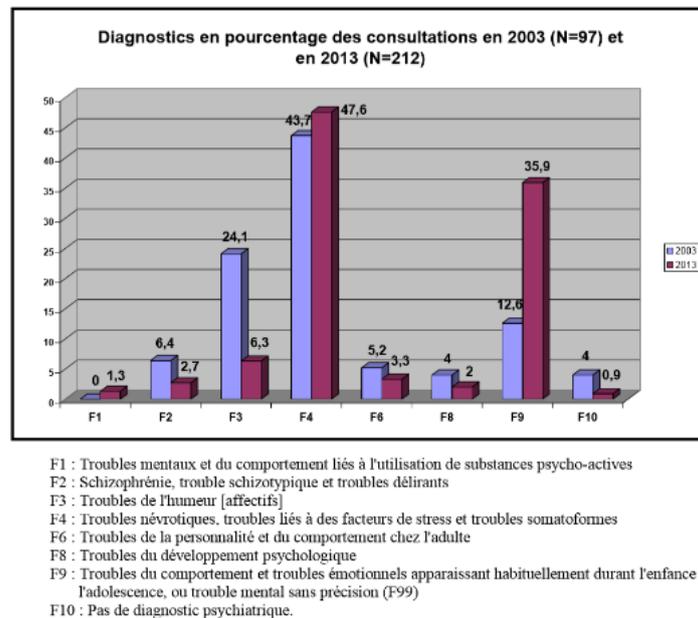


Figure 3. Diagnostics en pourcentage des consultations

Discussion

Au CHRU de Nancy, en 10 ans, le nombre des consultations aux urgences pédiatriques pour des motifs pédopsychiatriques a augmenté d'environ 119% sur la période étudiée. Parallèlement, les caractéristiques des patients ont évolué. Il est ainsi retrouvé une prédominance de consultations féminines, davantage de passages à répétition et une tendance à la recrudescence des troubles externalisés. La structure familiale des patients s'est elle aussi modifiée avec une augmentation du modèle monoparental.

En ce qui concerne la majoration des consultations, nos données rejoignent celles de la littérature internationale qui retrouve une constante augmentation des consultations aux urgences pédiatriques pour des motifs pédopsychiatriques ces dernières décennies (Tableau 2).

L'augmentation des urgences est-elle le reflet de l'augmentation de la prévalence des troubles de santé mentale ?

Dans les pays occidentaux la prévalence générale des troubles mentaux et du comportement chez l'enfant est estimée à 20% (12, 13) selon certaines études. La prévalence des troubles mentaux et du comportement peut même atteindre 25,4% sur d'autres continents comme en Amérique du Sud, selon une étude chilienne réalisée à Santiago (14).

Chez l'adulte, les causes économiques font partie des facteurs expliquant l'augmentation des taux de suicide, d'idées suicidaires ainsi que des comportements auto-agressifs. Or, les études qui décrivent l'évolution des consultations à l'urgence pour motifs pédopsychiatriques se situent pour la grande majorité entre 2007 et 2012, ce qui correspond à une période de crise économique mondiale. Cette crise socio-économique a entraîné une augmentation du taux de chômage, une diminution des revenus, des perturbations familiales et une majoration des troubles de santé mentale aux Etats-Unis (15), ainsi qu'en Europe (16). Nous pouvons supposer que ce contexte de fragilisation de l'équilibre familial a pu favoriser l'augmentation des troubles psychiatriques chez les enfants (17).

Au-delà des facteurs économiques, des facteurs sociétaux pourraient également expliquer l'augmentation de la prévalence des troubles psychiatriques chez l'enfant.

A. Lazartigues s'est largement intéressé à la question de l'évolution sociétale et de l'environnement de l'enfant. Il décrit depuis les années 60 de nouvelles valeurs de la famille, centrées sur le consensus et non plus sur l'autorité et le devoir, avec une organisation des rapports entre les membres de la famille basée sur l'hédonisme qui devient valeur centrale (18). A. Lazartigues a proposé en parallèle la description d'une nouvelle personnalité de base : la personnalité narcissico-hédonique. Un Surmoi peu efficace, une faiblesse des intériorisations, une absence presque totale de culpabilité, un idéal du Moi peu socialisé et à s'éprouver comme un sujet libre représentent les caractéristiques de cette personnalité (19). Cette personnalité permet aux personnes d'avoir des conduites et des comportements adaptés aux pratiques sociales et aux besoins de la société dans laquelle ils évoluent (20).

Par ailleurs, depuis 1960, les structures familiales se sont modifiées avec une majoration du nombre de familles monoparentales ou recomposées. Les femmes travaillent davantage et, de manière générale, les employés sont plus accaparés par leur emploi (21). Dans ce monde où travailler davantage pour être plus compétitif est devenu la norme, plusieurs travaux ont montré que les troubles externalisés chez l'enfant étaient favorisés par les sociétés compétitives, prônant l'efficacité à court terme (22). Ces divers changements pourraient expliquer la recrudescence des urgences pédopsychiatriques ainsi que la majoration des troubles externalisés qui semblent être devenus le mode d'expression privilégié de la souffrance de l'enfant et l'adolescent (23). Dans notre étude, nous retrouvons une augmentation significative des enfants évoluant dans une famille monoparentale sur la période étudiée. Le parent étant isolé face à l'enfant, il n'y a pas toujours de tiers possible dans la relation, ce qui majore le risque de difficultés relationnelles et le recours au soin qui peut faire tiers.

L'augmentation des troubles externalisés, motif de consultation qui est significativement augmenté sur la période de l'étude, peut également s'expliquer par l'exposition précoce aux écrans qui a explosé ces dernières décennies (24, 25). Certains auteurs décrivent même les écrans comme un véritable « troisième parent » (26). Bien que l'American Academy of Pediatrics (AAP) préconise de ne pas exposer les enfants de moins de 24 mois aux écrans, une étude récente montre que 9 parents sur 10 ne respectent pas cette recommandation (27). Or, les écrans représentent une surstimulation pour les plus jeunes et peuvent entraîner des troubles du sommeil (28), liés au contenu violent ou excitant des programmes

regardés (29), ainsi qu'à l'exposition à la lumière bleue qui diminue la production de mélatonine endogène (30). Il a été démontré qu'une mauvaise qualité de sommeil dans l'enfance est corrélée avec un risque plus important de retard de développement psychomoteur (31, 32) et d'apparition de troubles psychiatriques tels que les troubles du comportement (33), les troubles de l'attention (34), la dépression et les troubles anxieux (35).

A côté de la récession économique, de l'évolution sociétale et familiale, de l'exposition aux écrans et aux médias, l'évolution épidémiologique peut également être une cause de majoration des troubles psychiatriques. Le concept de transition épidémiologique défini par Omran en 1971 propose trois phases à l'issue desquelles la prévalence des maladies infectieuses et cardiovasculaires recule, augmentant la visibilité des maladies dégénératives et de société (36). Ces changements ont déjà eu lieu en Amérique et en Europe. Ainsi, en 2000 les troubles mentaux chez les 5-14 ans étaient la troisième cause de nombre d'années de vie corrigées du facteur d'invalidité (AVCI) et ont atteint la seconde place en 2015 (37). Le monde entier expérimente cette transition épidémiologique. En Afrique, les maladies infectieuses restent courantes et létales, les troubles mentaux semblent avoir une part moins importante. Cependant on assiste à une émergence récente des troubles du comportement qui pourrait être le signe d'un début de transition épidémiologique (37). Sur la durée de notre étude, le nombre de consultations globales aux urgences pédiatriques est resté stable, alors que le nombre de consultations pour des motifs psychiatriques a plus que doublé.

Enfin, la majoration des consultations en pédopsychiatrie aux urgences, peut aussi révéler une autre modalité de rapport aux soins des sujets ou un « défaut » de soins ambulatoires d'amont. Le recours aux services d'urgence continue d'augmenter. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette augmentation : la perception que le problème de santé est assez grave pour ne pas envisager une alternative aux services d'urgence (38), la simplicité de se rendre aux urgences par rapport à un rendez-vous ambulatoire (39), l'accessibilité géographique aux soins (40), ainsi que l'amplitude horaire plus importante (41). D'autre part, il existe une tendance sociétale valorisant l'immédiateté (de l'accès aux soins) (42) et un consumérisme pouvant également expliquer l'augmentation du recours à l'urgence.

La prévalence des troubles psychiatriques est d'environ 20% chez les enfants et les adolescents, parmi eux 10% requièrent des soins (43). Or seuls 36% reçoivent des soins mentaux (44). Ce « défaut de soin » a quasiment doublé entre 1997 et 2010 (45). Une étude américaine réalisée en 2002 (population étudiée entre 1996 et 1998) retrouve même une proportion de 80% des 6-17 ans qui aurait besoin de soins psychiatriques et qui n'en reçoit pas (46), pour diverses raisons, incluant les raisons économiques lorsque la santé représente un coût direct pour le patient comme aux Etats-Unis, les projections du public sur la psychiatrie avec crainte de la stigmatisation (47), etc. Un autre facteur majeur est celui d'une insuffisance du système de soin. Selon l'American Medical Association, en 2013 il y a environ 8 000 pédopsychiatres aux Etats-Unis (48) : le bureau des professions de la santé estime qu'il en faudrait 12 600 en 2020 pour affronter la demande croissante des soins mentaux pour les mineurs. En France, le constat est le même selon la mission d'information sur « l'organisation territoriale de la santé mentale » de 2019. L'organisation des soins y est qualifiée « d'inefficace et d'inefficace ». Il est décrit une baisse des lits hospitaliers non compensés par le développement de l'ambulatoire, une hétérogénéité de l'offre de soin sur le territoire entraînant une réelle perte de chance pour les patients (49). La comparaison entre le système de santé français et étasunien reste cependant difficile en raison d'un accès au soin et d'un fonctionnement très différent.

Cette étude présente des limites en partie liées à son caractère rétrospectif qui implique des biais de mesure et d'échantillonnage. Son caractère uni centrique ne permet pas de généraliser les résultats à l'échelle nationale même si le CHRU de Nancy est un centre de référence qui draine un large bassin de population, avec a priori, un panel de situations similaires à ce que l'on peut retrouver à l'échelle nationale. Cette étude est cependant originale car il s'agit de la seule étude récente en France sur cette thématique. Elle s'inscrit au sein d'enjeux majeurs de santé publique tout en répondant aux objectifs épidémiologiques des politiques de santé.

Conclusion

En France et dans les autres pays occidentaux, le nombre de consultations pédopsychiatriques aux urgences augmente depuis 20 ans. Les origines d'une telle augmentation semblent multifactorielles avec entre autres : des facteurs économiques, l'exposition précoce aux écrans, des évolutions dans la structure familiale et sociétale, une augmentation de la prévalence des troubles psychiatriques ainsi qu'un recours plus fréquent aux services d'urgence. Tous ces facteurs révélateurs d'une mouvance sociétale mais aussi d'une évolution des troubles de santé mentale doivent être pris en compte dans nos pays et il est primordial de développer une nouvelle organisation de la santé mentale pour s'y adapter. Dans les pays à l'aube de la transition épidémiologique, tout laisse à penser que ce phénomène va continuer et même s'intensifier et que les troubles de santé mentale deviendront là-aussi un nouvel enjeu de santé public majeur. Tout comme les vaccinations et les traitements antibiotiques ont permis de diminuer les maladies infectieuses, la prévention et le repérage précoce et l'adaptation de réponses du système de soins aux besoins de la population nécessitent une réflexion collective.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Remerciements

Aucune organisation n'a subventionné ou financé ce travail de recherche.

Références

1. WHO | Child and adolescent mental health [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/
2. Fombonne E. The Chartres Study: I. Prevalence of Psychiatric Disorders Among French School-Aged Children. *The British Journal of Psychiatry*. 1994;164(1):69-79.
3. Brilhault G. Les établissements de santé (DREES version 2016) [Internet]. 2016 [cité 26 mai 2020] p. 147. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pano-etab-sante-2016.pdf>
4. Chyba MM, National Center for Health Statistics. Utilization of hospital emergency and outpatient departments: United States, January-June 1980. Hyattsville, Md : U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, National Center for Health Statistics, 1983.
5. Eberhardt MS, Ingram DD, Makuc DM, et al. Urban and Rural Health Chartbook. Health, United States, 2001. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics. 2001.
6. Larkin GL, Claassen CA, Emond JA, Pelletier AJ, Camargo CA. Trends in U.S. Emergency Department Visits for Mental Health Conditions, 1992 to 2001. *Psychiatric Services*. 2005;56(6):671-7.
7. Sills MR, Bland SD. Summary Statistics for Pediatric Psychiatric Visits to US Emergency Departments, 1993-1999. *Pediatrics*. 2002;110(4):e40-e.
8. Pittsenbarger ZE, Mannix R. Trends in Pediatric Visits to the Emergency Department for Psychiatric Illnesses. *Academic Emergency Medicine*. 2014;21(1):25-30.
9. Torio CM, Encinosa W, Berdahl T, McCormick MC, Simpson LA. Annual Report on Health Care for Children and Youth in the United States: National Estimates of Cost, Utilization and Expenditures for Children With Mental Health Conditions. *Academic Pediatrics*. 2015;15(1):19-35.

10. Simon AE, Schoendorf KC. Emergency department visits for mental health conditions among US children, 2001-2011. *Clinical Pediatrics*. 2014;53(14):1359-66.
11. Blondon M, Périsset D, Unni S-K-E, Wilson A, Mazet P, Cohen D. L'accueil d'urgence en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: évolution sur 20 ans dans un site hospitalo-universitaire. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2007;55(1):23-30.
12. Steinhausen H-C, Metzke CW, Meier M, Kannenberg R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1998;98(4):262-71.
13. Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1998;33(12):587-95.
14. Vicente B, de la Barra F, Saldivia S, Kohn R, Rioseco P, Melipillan R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in Santiago, Chile: a community epidemiological study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2012;47(7):1099-109.
15. Wahlbeck K, Anderson P, Basu S, McDaid D, Stuckler D. (2011) *Impact of economic crises on mental health*. . World Health Organization, Copenhagen, Denmark
16. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*. 2009;374(9686):315-23.
17. Žumárová M. The Influence of Social Environments on Child Development at the Preschool Age. *The International Journal of Early Childhood Learning*. 2014;20:11-9.
18. Lazartigues A. *Fabriquons-nous de nouveaux enfants ? Enfances*. Malakoff : Dunod; 2016.
19. Lazartigues A, Planche P, Saint-André S, Morales H. Nouvelle société, nouvelles familles : nouvelle personnalité de base ? : De la personnalité névrotique à la personnalité narcissico-hédoniste. *L'Encéphale*. 2007;33(3):293-9.
20. Lazartigues A. *Fabriquons-nous de nouveaux enfants ? Enfances*: DUNOD. p. 179.

21. Tubiana M. Santé mentale de l'enfant. VST - Vie sociale et traitements. 2006; 91(3):116-43.
22. Mealey L. The sociobiology of sociopathy: An integrated evolutionary model. Behavioral and Brain Sciences. 1995;18(03):523.
23. Le Galudec M, Richard Y, Saint-André S, Garlantézec R, Lazartigues A. Les demandes de consultation en pédopsychiatrie : étude descriptive sur cinq années dans un service universitaire. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 2011;59(1):1-7.
24. Media CoCA. Media and Young Minds. Pediatrics. 2016;138(5).
25. Tomopoulos S, Dreyer BP, Valdez P, Flynn V, Foley G, Berkule SB, et al. Media Content and Externalizing Behaviors in Latino Toddlers. Ambulatory Pediatrics. 2007;7(3):232-8.
26. Dufour D-R. Le troisième parent. La clinique lacanienne. 2007;12(1):49-60.
27. Rubin R. Too Much Screen Time for Young Children, Experts Say. JAMA. 2020;323(4):300.
28. Cespedes EM, Gillman MW, Kleinman K, Rifas-Shiman SL, Redline S, Taveras EM. Television Viewing, Bedroom Television, and Sleep Duration From Infancy to Mid-Childhood. Pediatrics. 2014;133(5):e1163-e71.
29. Garrison MM, Liekweg K, Christakis DA. Media Use and Child Sleep: The Impact of Content, Timing, and Environment. Pediatrics. 2011;128(1):29-35.
30. Salti R, Tarquini R, Stagi S, Perfetto F, Cornélissen G, La G, et al. Age-dependent association of exposure to television screen with children's urinary melatonin excretion? 2006:9.
31. Lin L-Y, Cherng R-J, Chen Y-J, Chen Y-J, Yang H-M. Effects of television exposure on developmental skills among young children. Infant Behavior and Development. 2015;38:20-6.
32. Christakis DA, Gilkerson J, Richards JA, Zimmerman FJ, Garrison MM, Xu D, et al. Audible Television and Decreased Adult Words, Infant Vocalizations, and Conversational Turns: A Population-Based Study. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 2009;163(6):554-8.

33. Aronen ET, Paavonen EJ, Fjällberg M, Soininen M, Törrönen J. Sleep and Psychiatric Symptoms in School-Age Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2000;39(4):502-8.
34. Dahl RE, Pelham WE, Wierson M. The Role of Sleep Disturbances in Attention Deficit Disorder Symptoms: A Case Study. *Journal of Pediatric Psychology*. 1991;16(2):229-39.
35. Johnson EO, Chilcoat HD, Breslau N. Trouble sleeping and anxiety/depression in childhood. *Psychiatry Research*. 2000;94(2):93-102.
36. Omran AR. The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Quarterly*. 2005;83(4):731-57.
37. Baranne ML, Falissard B. Global burden of mental disorders among children aged 5–14 years. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2018;12(1):19.
38. Doran KM, Colucci AC, Wall SP, et al. Reasons for emergency department use: do frequent users differ? *The American Journal of Managed Care*. 2014;20(11):e506-14.
39. Acosta AM, Lima MA. Frequent users of emergency services: associated factors and reasons for seeking care. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(2):337-344. doi:10.1590/0104-1169.0072.2560.
40. Capp R, Kelley L, Ellis P, Carmona J, Lofton A, Cobbs-Lomax D, et al. Reasons for Frequent Emergency Department Use by Medicaid Enrollees: A Qualitative Study. *Academic Emergency Medicine*. 2016;23(4):476-81.
41. Milbrett P, Halm M. Characteristics and Predictors of Frequent Utilization of Emergency Services. *Journal of Emergency Nursing*. 2009;35(3):191-8.
42. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6850.html>
43. Services UDoHaH, Education UDo, Justice UDo. Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: A National Action Agenda. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 2000 2000.

44. Merikangas KR, He J-p, Burstein M, Swendsen J, Avenevoli S, Case B, et al. Service Utilization for Lifetime Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results of the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2011;50(1):32-45.
45. Roll JM, Kennedy J, Tran M, Howell D. Disparities in Unmet Need for Mental Health Services in the United States, 1997–2010. *Psychiatric Services*. 2013;64(1):80-2.
46. Kataoka SH, Zhang L, Wells KB. Unmet Need for Mental Health Care Among U.S. Children: Variation by Ethnicity and Insurance Status. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(9):1548-55.
47. Findling RL, Stepanova E. The Workforce Shortage of Child and Adolescent Psychiatrists: Is It Time for a Different Approach? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2018;57(5):300-1.
48. AACAP. Workforce Issues [Internet]. [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: https://www.aacap.org/AACAP/Resources_for_Primary_Care/Workforce_Issues.aspx
49. Fiat C, Wonner M. Rapport d’information déposé en application de l’article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d’une mission d’information relative à l’organisation de la santé mentale. [Internet]. [cité le 25 mai 2020]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b2249_rapport-information.

IV] PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION

Dans les origines de l'évolution des urgences pédopsychiatriques, il semble possible d'agir sur certains facteurs : nous proposons des perspectives d'amélioration selon 3 grands axes.

Renforcer les effectifs de soins en pédopsychiatrie

Selon les données de l'OMS, bien que des progrès aient été faits dans le domaine de la santé mentale, il existe une pénurie de pédopsychiatres à travers le monde (4). Aux Etats-Unis, il est estimé que le nombre actuel de pédopsychiatres ne couvre qu'un quart des besoins nécessaires (5). Dans les pays moyennement ou peu développés, le manque de praticiens est encore plus important (moins de 0,1 pédopsychiatre pour 100 000 habitants) (4).

Plusieurs raisons pourraient expliquer cette situation. Une raison financière puisque les pédopsychiatres sont, dans certains pays comme aux Etats-Unis, moins bien rémunérés que des médecins d'autres spécialités (6). Une raison de durée de formation comme en France où la formation est plus longue que pour la psychiatrie d'adulte puisqu'il faut un an de plus afin d'être diplômé en pédopsychiatrie. De plus, depuis 2 ans, il faut choisir très tôt cette surspécialité dans son cursus puisqu'elle est devenue une option de la spécialité.

De manière générale, il existe aussi une stigmatisation de la psychiatrie, avec une perception commune que les psychiatres ne sont pas de « vrais docteurs » et que les troubles psychiatriques ne sont pas « de vraies maladies », ce qui peut freiner l'accès à cette spécialité du côté des étudiants en médecine, en soins infirmiers ou dans d'autres spécialités en lien avec la santé mentale de l'enfant.

Ainsi des mesures d'attractivité et de « dédramatisation » pourraient permettre de promouvoir la pédopsychiatrie et renforcer les effectifs de tout ordre.

Ces dernières années, le gouvernement français semble avoir pris la mesure des difficultés du secteur. Plusieurs plans ont ainsi été mis en place tels que « les 1 000 premiers jours » qui vise une meilleure compréhension de cette période cruciale du développement afin d'adapter au mieux le parcours du jeune parent, les modes de garde et le système d'accueil des jeunes enfants. D'autres plans sont centrés sur certains troubles, ainsi « La stratégie pour l'autisme au sein des troubles neuro-développement (TND) 2018-2022 » dont

découlent des engagements de la part du gouvernement tels que le renfort des formations, le soutien des parents, le développement d'intervention précoces.

Ces différents plans sont associés à des enveloppes budgétaires permettant d'y répondre et donc de renforcer les effectifs en pédopsychiatrie.

Repenser le système de soin

Du côté des urgences

Il y a une évolution indéniable des urgences pédopsychiatriques ces dernières décennies, le recours aux urgences étant devenu un mode privilégié d'accès au soin et ce pour diverses raisons développées précédemment.

Le développement de cette nouvelle modalité d'accès au soin peut également s'avérer être un recours intéressant. En effet les consultations aux urgences peuvent dans bien des cas être la seule opportunité d'identifier les enfants et adolescents souffrant de troubles mentaux. De nombreux outils de dépistage de ces pathologies mentales incluant des outils numériques ont été développés et ont montré leur faisabilité, leur acceptabilité pour les patients, leurs familles et les praticiens exerçant dans les services d'urgence (7). Ce dépistage pourrait être réalisé par les différents acteurs de la prise en charge des patients, à savoir les infirmiers, aides-soignants, travailleurs sociaux ainsi que les médecins. Par exemple, le HEADS-ED (**H**ome, **E**ducation, **A**ctivities and peers, **D**rugs and alcohol, **S**uicidality, **E**motions and behaviors, **D**ischarge resources) est un questionnaire dont l'utilité dans les décisions aux urgences a été démontrée pour des patients présentant des troubles de santé mentale (8).

	0 No action needed	1 Needs action but not immediate / moderate functional impairment	2 Needs immediate action / severe functional impairment	
H ome sample questions	<input type="radio"/> Supportive	<input type="radio"/> Conflicts	<input type="radio"/> Chaotic / Dysfunctional	Notes
E ducation, employment sample questions	<input type="radio"/> On track	<input type="radio"/> Grades dropping / or absenteeism	<input type="radio"/> Failing / not attending	Notes
A ctivities and peers sample questions	<input type="radio"/> No change	<input type="radio"/> Reduction in activities / increased peer conflicts	<input type="radio"/> Increasingly to fully withdrawn / significant peer conflicts	Notes
D rugs and alcohol sample questions	<input type="radio"/> No or infrequent	<input type="radio"/> Occasional	<input type="radio"/> Frequent / daily	Notes
S uicidality sample questions	<input type="radio"/> No thoughts	<input type="radio"/> Ideation	<input type="radio"/> Plan or gesture	Notes
E motions, behaviours, thought disturbance sample questions	<input type="radio"/> Mildly anxious / sad / acting out	<input type="radio"/> Moderately anxious / sad / acting out	<input type="radio"/> Significantly distressed / unable to function / out of control / bizarre thoughts / significant change in functioning	Notes
D ischarge or current resources sample questions	<input type="radio"/> Ongoing / well connected	<input type="radio"/> Some / not meeting needs	<input type="radio"/> None / on wait list / non-compliant	Notes

Certaines études proposent même des algorithmes décisionnels afin d'orienter de la manière la plus efficiente possible les patients se présentant aux urgences pédiatriques. C'est le cas de l'étude de Jabbour et al. réalisée en 2018 qui utilise des outils de screening validés dans la littérature pour proposer un modèle de prise en charge optimale, tout en précisant les formations requises pour les professionnels de santé pour lire et interpréter les différents questionnaires (9).

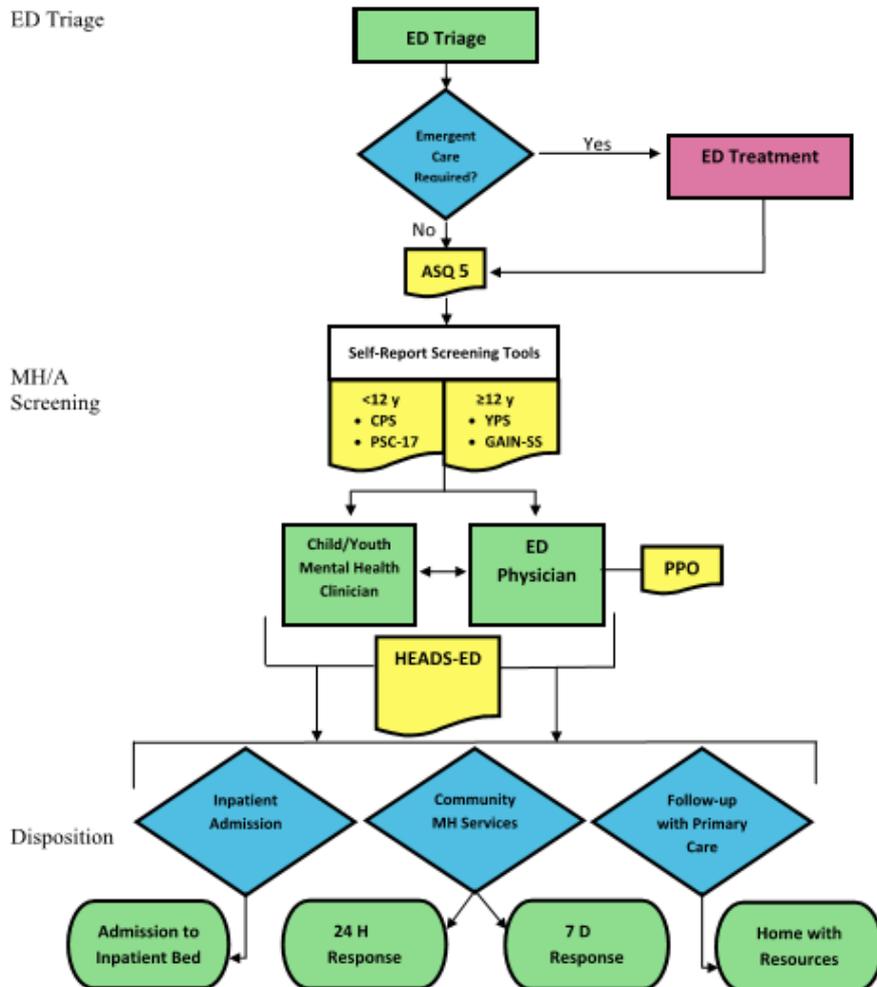


Fig. 1. Emergency department mental health clinical pathway algorithm. ED, emergency department; MH/A, mental health/addictions; Screening tools: ASQ 5, ask suicide-screening questions; C/YPS, caregiver perception survey/youth perception survey; GAIN-SS, global appraisal of individual needs-short screener; HEADS-ED, clinician screening tool; PPO, pre-printed order set; PSC-17: pediatric symptom checklist-17. (Modified from Jabbour M, Reid S, Polihronis C, et al. Improving mental health care transitions for children and youth: a protocol to implement and evaluate an emergency department clinical pathway. Implement Sci 2016;11(1):3; with permission.)

La post-urgence à organiser

L'étude française Mediaconnex s'intéresse à la réduction des récurrences des tentatives de suicides chez l'enfant (10), à l'instar du programme Vigilans pour les adultes. Si les résultats de l'étude sont positifs, cela pourrait se révéler un moyen supplémentaire pour réduire le nombre de tentative de suicide et donc les passages aux urgences liés à ce motif.

La création d'unités de post-urgence avec un suivi de 24-48h pourrait avoir l'avantage de désengorger les services d'urgences, permettre d'organiser le suivi mais aussi de temporiser certaines situations de crise permettant d'éviter des hospitalisations en secteur. Le

déploiement systématique d'une équipe mobile pourrait également permettre d'assurer la transition entre l'unité de post-urgence et le début effectif des soins psychiatriques ambulatoires. Ces solutions auraient alors l'intérêt de diminuer le recours aux services d'urgences et permettraient de fluidifier la transition entre les soins hospitaliers et les soins ambulatoires. Ces préconisations ont d'ailleurs été soulignées par la fédération hospitalière de France dans son rapport « Renforcer le lien ville hôpital » (11).

De manière plus générale en pédopsychiatrie et au-delà

- *Délégation de tâche*

A travers le monde, les services de soins mentaux pour les enfants et les adolescents doivent faire face à une demande croissante et une diminution des ressources (4,12). Comme il est peu probable que cette tendance s'inverse du jour au lendemain, il s'avère nécessaire d'optimiser les ressources disponibles. Une des solutions pourrait être de déléguer une partie du soin à du « personnel allié » tels que les pédiatres, les médecins généralistes, les infirmières et même les enseignants. Ainsi davantage de formations devraient leur être proposées. Par ailleurs, certaines nouvelles fonctions comme celle d'infirmier en pratique avancée (IPA) font partie intégrante de cette nouvelle organisation des soins. Les pédopsychiatres pourraient alors se concentrer sur les évaluations diagnostiques, la prise en charge des cas complexes ainsi que la coordination et la supervision du « personnel allié ». Cette stratégie s'appuierait sur la formation des « non spécialistes » afin qu'ils puissent déterminer s'il est nécessaire ou non de consulter le spécialiste. Ainsi il serait possible d'étendre les services tout en utilisant les mêmes ressources (13).

Les outils numériques, pour les consultations et pour le soin

L'émergence du numérique et des écrans ainsi que les conséquences négatives sur la santé précédemment décrites sont à nuancer. En effet, ces nouvelles technologies pourraient être une aide précieuse, ce qui a été démontré lors de la pandémie du coronavirus que nous venons de traverser. Une étude américaine montre ainsi qu'entre le 2 mars et le 14 avril 2020, le nombre de téléconsultations est passé de 102,4 par jour à 801,6 soit une augmentation de 683% (14).

De plus en plus de supports ont vu le jour ces dernières années et montré un réel intérêt notamment dans le traitement de l'anxiété et la dépression (15). Bien que certaines études mettent en évidence que les jeunes préfèrent voir un thérapeute lorsqu'ils en ont la possibilité (16), ces outils numériques pourraient avoir l'avantage de mieux convenir à cette population et de coûter moins cher que d'aller consulter. Ils permettraient également une meilleure accessibilité, diminuant ainsi les inégalités sociales de santé.

Le rôle de la recherche

De vastes études représentatives de la population fournissent des données précises sur la prévalence et indiquent que le nombre d'individus présentant des troubles psychopathologiques augmente. Cependant d'autres études demeurent nécessaires pour apprécier l'ampleur et la variation phénotypique des troubles psychiatriques de l'enfance (13). Les données de ces études pourraient ainsi permettre une meilleure compréhension de la psychopathologie, du diagnostic mais aussi des traitements.

Les études futures devront s'attacher à tester de nouveaux outils diagnostiques afin de les valider et de pouvoir les intégrer au sein de la pratique clinique. Ainsi des études utilisant l'imagerie cérébrale (IRM, IRMf, EEG, etc) pourront par exemple permettre de définir plus précisément les éléments fonctionnels du cerveau et leur rôle dans le développement psychomoteur. De la même manière, des études génétiques pourront permettre une meilleure compréhension des étiologies des troubles psychiatriques.

D'autres études devront se concentrer sur la découverte de nouvelles thérapeutiques. La rareté de nouvelles cibles pharmacologique est susceptible d'évoluer avec l'intérêt croissant pour des systèmes impliquant des neurotransmetteurs tels que le système endocannabinoïde ou glutamatergique ; à terme, de nouveaux traitements pourraient voir le jour.

La meilleure compréhension de la physiopathologie des troubles de santé mentale pourrait également permettre de développer de nouvelles psychothérapies, toujours plus adaptées.

Prévention

Du côté des parents : prévention primaire

Parmi les principaux facteurs de risque précoce de développer un trouble psychiatrique dans l'enfance, la plupart peuvent être identifiés durant l'âge préscolaire. Ces facteurs de risque incluent des facteurs des stress familiaux tels que les problématiques psychiatriques parentales, la monoparentalité, les relations conflictuelles, l'isolement familial ainsi que les faibles revenus (17). Le principal facteur sur lequel il est possible d'agir reste les habilités parentales » (18). Pour exemple, certaines pratiques délétères caractérisées par une forte discipline et des relations peu chaleureuses sont prédictives de troubles externalisés. A contrario une parentalité surprotectrice est quant à elle prédictive de troubles internalisés (19,20). Il apparaît alors nécessaire de mettre en place des programmes de prévention dont certains ont prouvé leur efficacité. Ainsi une étude américaine réalisée en 2019 a mis en évidence que la mise en place précoce de FCU (Family Check-Up) présente une efficacité sur les troubles externalisés et internalisés (21). La méthode FCU consiste en une intervention centrée sur la famille motivant les parents à utiliser « les bonnes pratiques parentales » pour soutenir leurs enfants. En améliorant l'environnement familial il est possible de prévenir l'occurrence de pathologies psychiatriques chez l'enfant et donc diminuer le passage aux urgences pédopsychiatriques pour ces mêmes motifs. Des études visant l'intervention précoces et même la prévention ont déjà été réalisées en France ou sont en cours (PANJO, CAPEDP, PERL).

Le repérage précoce : prévention secondaire

Un autre aspect primordial est celui de la prévention secondaire. En effet des interventions préventives dans la santé mentale des enfants et des adolescents pourraient avoir un objectif double : sur la santé en elle-même, et financièrement.

Prenons l'exemple du CLIP à Nancy (Centre de Liaison et d'Intervention précoce) dont l'objectif est d'agir précocement sur les entrées en psychose. Cette intervention permet à la fois de limiter les impacts sur la qualité de vie qu'entraînent les pathologies psychotiques mais aussi les coûts liés à ces pathologies (hospitalisations chroniques, chômage...). Ces coûts indirects limités par une prévention efficace pourraient alors servir à renforcer d'autres pans du secteur psychiatrique. Dans ce dispositif, le médecin généraliste est un

acteur primordial car la détection précoce des troubles psychotiques peut être réalisée à l'aide de moyens simples et standardisés tel que le questionnaire d'auto-évaluation de Bâle pour le risque de psychose (traduction française) (22).

Questionnaire d'auto-évaluation de Bâle pour le risque de psychose (traduction française, d'après [24])

Beaucoup de personnes rencontrent des problèmes psychiques au cours de leur vie. Dans la plupart des cas, ceux-ci surviennent à la suite d'un stress et la crise cesse quand le problème a disparu. Cependant, certaines personnes peuvent changer durablement dans leur caractère ou leur manière de se comporter, comme s'ils « n'étaient plus le/la même ». Merci de cocher si de tels changements durables sont apparus pour vous dans les dernières années.

	Vrai	/	Faux
1. Augmentation de la sensibilité, Sensibilité à fleur de peau	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2. Hypersensibilité	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3. Irritabilité	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4. Susceptibilité	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5. Nervosité, sentiment d'être tendu	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6. Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7. Perte d'énergie, de motivation, d'initiative ou de l'intérêt	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8. Méfiance	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9. Anxiété	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10. Sentiments dépressifs	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
11. Moins d'émotions ressenties	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
12. Sautes d'humeurs prononcées	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
13. Troubles de la concentration	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
14. Distractibilité plus importante	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
15. Se sentir moins résistant	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
16. Changement dans les intérêts	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
(Par exemple, intérêt inhabituel pour la religion, les phénomènes surnaturels)			
17. Modifications des perceptions	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
(par exemple, entendre, voir, sentir ou percevoir le goût de choses inhabituelles)			
18. Avoir l'impression récente d'être personnellement concerné par des choses ou des événements	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
19. Impression d'être observé, importuné ou menacé	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
20. Impression d'être personnellement influencé ou perturbé par les autres	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
21. Difficultés inhabituelles dans les relations avec les autres	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
22. Se renfermer, se retirer, s'isoler	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
23. Changement de comportement (par exemple, parler seul à voix haute dans un lieu public)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
24. Les autres m'ont dit que j'avais changé de manière de m'exprimer (par exemple, je ne suis plus aussi facile à comprendre)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
25. Déclin des performances, avec éventuellement des difficultés éventuelles au travail, à l'école, etc.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
26. Négligence des missions et des responsabilités	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
27. Déclin professionnel	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
28. Perte du poste au travail ou d'une place en formation	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
29. Détérioration des compétences relationnelles (par exemple : couple, famille, travail)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
30. Usage régulier de drogues (Alcool, cannabis, cocaïne, opiacés, médicaments calmants)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
31. Antécédent de soins pour un trouble psychiatrique ou psychologique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
32. Pour finir, nous voudrions vous poser quelques questions sur votre famille.			
Quelqu'un, dans votre famille	oui	non	je ne sais pas
ou votre parenté, a-t-il eu une maladie psychique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci de vérifier encore une fois que vous avez répondu à toutes les questions et que vous n'en n'avez pas laissées.
Évaluation : Merci d'adresser le/la patient/e à un centre de détection et d'intervention précoce si un total de 6 réponses positives ou au moins 2 réponses positives aux questions 10, 13, 15, 17, 19 et 32 sont présentes.

D'autres repérages précoces ayant montré leur efficacité sont aussi à soutenir : en périnatalité et dans le domaine des troubles neurodéveloppementaux. Ainsi des outils comme le M-CHAT (*Check-list for Autistic Toddlers*) qui permet de repérer les troubles de l'empathie, des processus d'attention conjointe et de l'imitation ou encore l'échelle de cotation de la réaction de retrait (ADBB pour « Alarme Détresse Bébé ») (23) participent à l'identification précoce de ces troubles. Depuis 2018, il est recommandé au médecin traitant (pédiatre ou médecin généraliste) par l'HAS d'utiliser le M-CHAT pour repérer des signes de TSA chez les enfants âgés de 18 à 30 mois (24). Cependant ces différents outils nécessitent des formations pour ceux qui les utilisent afin de pouvoir les appréhender de manière correcte et ainsi les rendre efficaces.

V] CONCLUSION

En France et dans les autres pays occidentaux, le nombre de consultations pédopsychiatriques aux urgences augmente depuis 20 ans. Les origines d'une telle augmentation semblent multifactorielles avec entre autres : des facteurs économiques, des évolutions de la structure familiale et sociétale, une augmentation de la prévalence des troubles psychiatriques ainsi qu'un recours plus fréquent aux services d'urgence. Tous ces facteurs révélateurs d'une mouvance sociétale mais aussi d'une évolution des troubles de santé mentale doivent être pris en compte dans nos pays et il est primordial de développer une nouvelle organisation des soins en santé mentale pour s'y adapter. Dans les pays à l'aube de la transition épidémiologique, tout laisse à penser que ce phénomène va continuer et même s'intensifier et que les troubles de santé mentale deviendront là-aussi un nouvel enjeu de santé public majeur.

A titre personnel, ce travail de thèse a pu mettre en exergue l'intrication complexe entre les pathologies psychiatriques et l'évolution de la société. Dès le plus jeune âge, ces facteurs environnementaux modifient profondément le développement psychomoteur de l'enfant, avec des conséquences non négligeables sur l'apparition de troubles mentaux. Certaines notions m'apparaissent désormais primordiales et seront intégrées dans ma pratique médicale. L'évolution décrite à travers ce travail dépasse à mon sens le champ de la pédopsychiatrie, puisque les enfants d'aujourd'hui seront les adultes de demain.

Des solutions existent et ont même parfois prouvé leur faisabilité ainsi que leur efficacité. La prévention, le repérage précoce apparaissent comme des pistes solides, d'autant plus que l'efficacité des soins est intimement liée à leur précocité. Une meilleure formation des acteurs de santé impliqués, l'adaptation des réponses du système de soins aux besoins de la population pourraient permettre une diminution du recours aux services d'urgence tout en favorisant leur continuité. Certaines initiatives ont déjà été mise en place et sont à soutenir, d'autres aspects peuvent pourtant encore être améliorés afin de tendre vers une offre de soins toujours plus adaptée.

VI] BIBLIOGRAPHIE

1. Brilhault G. Les établissements de santé (DREES version 2016) [Internet]. 2016 [cité 26 mai 2020] p. 147. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pano-etab-sante-2016.pdf>
2. Boisguérin B. Urgences : plus du quart des passages concernent les enfants de moins de 15 ans (DREES) [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1128.pdf>
3. Programme pluriannuel, Psychiatrie et santé mentale 2018-2023, HAS [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/programme_pluriannuel_psy_sante_mentale_2018_2023.pdf
4. WHO | WHO's Mental Health Atlas 2017 highlights global shortage of health workers trained in mental health [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 14 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/hrh/news/2018/WHO-MentalHealthAtlas2017-highlights-HW-shortage/en/>
5. AACAP. Child and adolescent psychiatry workforce crisis: solutions to improve early intervention and access to care [Internet]. 2013 [cité 14 juin 2020]. Disponible sur: https://www.aacap.org/App_Themes/AACAP/docs/Advocacy/policy_resources/cap_workforce_crisis_201305.pdf
6. Volpe T, Boydell KM, Pignatiello A. Choosing child and adolescent psychiatry: factors influencing medical students. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry J Acad Can Psychiatr Infant Adolesc*. nov 2013;22(4):260-7.
7. 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.
8. Cappelli M, Gray C, Zemek R, Cloutier P, Kennedy A, Glennie E, et al. The HEADS-ED: a rapid mental health screening tool for pediatric patients in the emergency department. *Pediatrics*. août 2012;130(2):e321-327.

9. Jabbour M, Hawkins J, Day D, Cloutier P, Polihronis C, Cappelli M, et al. An Emergency Department Clinical Pathway for Children and Youth with Mental Health Conditions. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. juill 2018;27(3):413-25.
10. Ligier F, Kabuth B, Guillemin F. MEDIACONNEX: a multicenter randomised trial based on short message service to reduce suicide attempt recurrence in adolescents. *BMC Psychiatry* [Internet]. 19 juill 2016 [cité 5 mars 2019];16. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4952238/>
11. Legros C. Renforcer le lien ville-hôpital : la FHF présente ses propositions [Internet]. Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France. 2018 [cité 11 août 2020]. Disponible sur: <https://www.femas-hdf.fr/renforcer-le-lien-ville-hopital/>
12. Dubicka B, Bullock T. Mental health services for children fail to meet soaring demand (2017). *BMJ*, j4254. doi:10.1136/bmj.j4254
13. Skokauskas N, Fung D, Flaherty LT, von Klitzing K, Pūras D, Servili C, et al. Shaping the future of child and adolescent psychiatry. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 11 avr 2019;13(1):19.
14. Mann DM, Chen J, Chunara R, Testa PA, Nov O. COVID-19 transforms health care through telemedicine: Evidence from the field. *J Am Med Inform Assoc*. 1 juill 2020;27(7):1132-5.
15. Stasiak K, Fleming T, Lucassen MFG, Shepherd MJ, Whittaker R, Merry SN. Computer-Based and Online Therapy for Depression and Anxiety in Children and Adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. avr 2016;26(3):235-45.
16. Stallard P, Richardson T, Velleman S, Attwood M. Computerized CBT (Think, Feel, Do) for depression and anxiety in children and adolescents: outcomes and feedback from a pilot randomized controlled trial. *Behav Cogn Psychother*. mai 2011;39(3):273-84.
17. Hiscock, H., Bayer, J.K., Lycett, K. *et al.* Preventing mental health problems in children: the *Families in Mind* population-based cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health* **12**, 420 (2012). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-420>
18. Barlow J, Stewart-Brown S. Behavior Problems and Group-Based Parent Education Programs. *J Dev Behav Pediatr*. oct 2000;21(5):356-70.

19. Bayer JK, Hiscock H, Ukoumunne OC, Price A, Wake M. Early childhood aetiology of mental health problems: a longitudinal population-based study. *J Child Psychol Psychiatry*. nov 2008;49(11):1166-74.
20. Bayer JK, Sanson AV, Hemphill SA. Parent influences on early childhood internalizing difficulties. *J Appl Dev Psychol*. 1 nov 2006;27(6):542-59.
21. Wang F, Feldman J, Lemery-Chalfant K, Wilson M, Shaw D. Family-Based Prevention of Adolescents' Co-Occurring Internalizing/Externalizing Problems Through Early Childhood Parent Factors. *J Consult Clin Psychol*. nov 2019;87(11):1056-67.
22. Laprevote V, Heitz U, Di Patrizio P, Studerus E, Ligier F, Schwitzer T, et al. [Why and how to treat psychosis earlier?]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. nov 2016;45(11):992-1000.
23. Golse B. Autisme infantile : dépistage et prévention. *Psychiatr Enfant*. 2003;Vol. 46(2):381-93.
24. HAS. Trouble du spectre de l'autisme, des signes d'alerte à la consultation dédiée en soins primaires [Internet]. [cité 11 août 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/tsa_-_des_signes_dalerte_a_la_consultation_dediee_en_soins_primaires_1er_ligne_-_synthese.pdf

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Ces dernières décennies sont marquées par une majoration des consultations aux urgences pédiatriques pour des motifs pédopsychiatriques, dont les origines sont probablement multiples. En France, peu d'études traitent ce sujet. C'est pourquoi nous avons proposé d'observer le nombre de consultations pour motif pédopsychiatrique au service des urgences pédiatriques du CHRU de Nancy et de préciser leurs caractéristiques. Il s'agit d'une étude ancillaire comparative rétrospective (2003-2013) portant sur des mineurs ayant bénéficié d'une consultation de pédopsychiatrie au sein du service des urgences pédiatriques du CHRU de Nancy. Les résultats montrent que les consultations ont augmenté de 119% entre 2003 et 2013 (n=97 ; n=212). Elles sont majoritairement féminines avec 55,6% des consultations en 2003 et 63,7% en 2013. L'âge moyen des consultants est stable : 13,9 ans (écart-type=3,3 ans) en 2003 ; 14,1 (2,5) ans en 2013. La structure familiale s'est modifiée avec une multiplication par 3 du modèle monoparental. Concernant les motifs de consultation, les troubles du comportement sont davantage représentés en 2013 : 27,7% vs 16,5% (RR=1,7 ; IC95% 1,0-2,8 ; p<0,05). En France comme dans les autres pays occidentaux, le nombre de consultations aux urgences pédiatriques pour des motifs pédopsychiatriques a augmenté avec une majoration des troubles du comportement comme motif de consultation. Les causes de cette augmentation sont multifactorielles : économiques, familiales, sociétales, épidémiologiques... Afin de répondre à cette évolution, la prévention, le repérage précoce et l'adaptation des réponses du système de soins aux besoins de la population nécessitent une réflexion collective.

TITRE EN ANGLAIS : The evolution of child psychiatry emergencies: results and reflections from a Nancy University Hospital study.

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE – ANNÉE 2020

MOTS CLEFS : Evolution, Pédopsychiatrie, urgences

ADRESSE DE L'UFR

Université de Lorraine

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
