



HAL
open science

Consultations pédopsychiatriques aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux : profil social et sociodémographique sur l'année 2016

Agathe Thillard

► **To cite this version:**

Agathe Thillard. Consultations pédopsychiatriques aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux : profil social et sociodémographique sur l'année 2016. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02879370

HAL Id: dumas-02879370

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02879370>

Submitted on 23 Jun 2020

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.



**Université Victor Segalen Bordeaux 2
UFR DES SCIENCES MEDICALES**

Année 2020

Thèse numéro 68

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 14 mai 2020

Par

Agathe THILLARD

Née le 2 février 1991 à Rouen (76)

**CONSULTATIONS PÉDOPSYCHIATRIQUES AUX URGENCES PÉDIATRIQUES DU
CHU DE BORDEAUX : PROFIL SOCIAL ET SOCIODÉMOGRAPHIQUE SUR
L'ANNÉE 2016**

DIRECTEUR DE THÈSE

Dr Marion BAILHACHE

MEMBRES DU JURY

Pr Pascal BARAT

Président du jury

Pr Manuel BOUVARD

Rapporteur de thèse

Dr Philippe CASTERA

Juge

Dr Stéphane DUCASSOU

Juge

Dr Olivier RICHER

Juge

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Au Président du Jury,

Monsieur le Professeur Pascal BARAT, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, chef du service d'endocrinologie et diabétologie pédiatriques au CHU de Bordeaux.

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse et je vous en suis très reconnaissante. Je tiens à vous exprimer mon profond respect.

À ma directrice de thèse,

Madame le Docteur Marion LEROUGE-BAILHACHE, Praticien Hospitalier, service des urgences et post-urgences pédiatriques de l'Hôpital des enfants, CHU de Bordeaux.

Merci pour ce travail que vous m'avez proposé et de m'avoir fait confiance sur le sujet. Merci pour votre soutien et vos réponses rapides à mes nombreux mails ! Merci pour votre sourire et bonne humeur, cela a été un vrai plaisir.

À mon rapporteur,

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, chef de service de psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent de l'hôpital Charles Perrens, CHU de Bordeaux.

Je vous remercie d'avoir consacré du temps pour lire et juger ce travail, soyez assuré de ma reconnaissance sincère.

Aux assesseurs,

Monsieur le Docteur Philippe CASTERA, Professeurs Associé, Département de médecine générale.

Monsieur le Docteur Stéphane DUCASSOU, Maître de Conférence Universitaire, Praticien Hospitalier, service d'hématologie et oncologie pédiatrique à Hôpital des enfants, CHU de Bordeaux.

Monsieur le Docteur Olivier RICHER, Praticien Hospitalier, chef du service des urgences et post-urgences pédiatriques de l'Hôpital des enfants, CHU de Bordeaux.

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail, je vous prie de croire en l'expression de ma considération.

À ma famille,

À mes parents,

Merci pour votre soutien sans faille durant toutes ces années. Ma réussite dans les moments difficiles c'est à vous que je la dois. Merci d'avoir fait de moi la femme que je suis devenue. Merci pour la transmission de toutes vos valeurs. Je vous aime.

À ma sœur,

À mes côtés depuis toujours, tu comptes beaucoup pour moi. Enumérer toutes tes qualités serait trop long. Je suis très fière de toi, de tout ce que tu as réussi. Merci pour ton soutien. Vivre près de toi est pour moi essentiel. Je sais que je ne te le dis pas souvent mais je t'aime ma petite sœur chérie !

À Paf,

Mon bichon. Plus de 8 ans que tu fais partie de ma vie. Te rencontrer a été ma plus belle des trouvailles. Merci pour ton soutien, ta bonne humeur. Je t'aime !

À ma grand-mère,

Mamie Françoise, merci de ton soutien depuis toujours. Te rendre fière est ma principale motivation. Passer du temps avec toi est du bonheur à chaque fois. J'espère profiter de toi encore longtemps ! Je suis sûre que là où il est, Papi est aussi fière de moi.

À Chanchan,

Je pense que c'est toi qui as dû influencer ma volonté de travailler dans le médical dans ma jeunesse. J'ai été très touchée par tes problèmes de santé et ta force pour te sortir de tout cela est pour moi un modèle. Je tiens beaucoup à toi.

À Jeanne,

Ma Jeannette, tu es une sœur pour moi. J'aime bien t'embêter et je ne te le dis pas souvent mais je t'aime très fort et je serai toujours là pour toi. Ces dernières années, j'étais loin mais je suis fière de la femme pleine de convictions que tu es devenue.

À Denise,

Merci pour ton soutien inconditionnel et de me considérer comme ta petite fille !

À la famille Thillard,

À mon Papi Roland, merci pour ta bonne humeur et ton soutien. Je suis sûre aussi que Mamie Cricri serait fière de moi. À tonton Hervé, merci pour ton accueil et ton humour. À tata Dominique, J-C et Alex, je suis fière de ce que vous êtes devenus. Bises aussi à Marie-Agnès, Thibault, Pauline, Morgane et Marie-Thérèse.

À la famille Dugord,

Merci pour tous ces moments partagés, tarots interminables, 7 wonders endiablés et bien sur la route du rhum ! Une famille si unie est rare, c'est ce qui fait aussi ma force ! Pensée particulière pour mon tonton Daniel.

À Rémi,

Mon nouveau beau-frère, merci de prendre soin de ma sœur. La supporter au quotidien est une de tes nombreuses qualités ! Tu fais partie de la famille maintenant.

À ma belle-famille,

Merci de m'avoir accueillie à bras ouvert dans votre si belle famille.

À mes amis,

À mes copines depuis la maternelle,

Laura, on se connaît depuis maintenant plus de 25 ans et notre amitié ne faiblit pas. Tant de choses partagées ... Te retrouver près de moi à Bordeaux est un vrai bonheur. Ta zénitude et ton ambition sont des forces que j'admire beaucoup. Merci d'être ce que tu es et d'être à mes côtés. J'espère que tes projets vont se concrétiser, tu le mérites !

Margaux, ma copine depuis de 25 ans aussi ! Tant de souvenirs aussi !! Ta force, ton altruisme et ton caractère font de toi une personne formidable ! La famille que tu as fondée est à ton image ! J'espère que nos chemins continueront de se croiser !

À mes copains « du ski »,

Marie, une des membres des « spice girl » ! On se connaît depuis si longtemps et notre amitié ne faiblit pas. Que de souvenirs, de chorégraphies en tout genre, films ou soirées. Ta bonheur humeur permanente, ta gentillesse mais aussi tes qualités d'organisatrice font de toi une personne formidable ! Hâte de refaire pleins de week-ends ensemble !

Juliette, tu as bien grandi depuis tes difficultés en SVT ! Ton épanouissement actuel personnel et professionnel sont bien mérités ! Je te souhaite encore plein de bonheur !

Quentin, beaucoup de souvenirs ensemble aussi ! Les chorégraphies, le ski, le fameux string à pois ! Ton bonheur actuel me fait plaisir, je te souhaite de trouver cela aussi sur le plan professionnel.

Paul, bien que discret, tu es là depuis le début et je sais que je peux compter sur toi.

Et tous les autres qui se sont ajoutés au fil des années, Clémentine, Florian, Seb, Audrey. Ainsi que tous les + 1 tous aussi parfaits les uns que les autres Chriss1, Mathilde, Clémence, Julie, et les petits nouveaux pour nous, Nico et Caca.

À mes copains de lycée, la team Mimizan Express.

Merci pour tous les souvenirs depuis le lycée, mes meilleures années. Merci pour les nombreux débats au self, pour les soirées, les premières cuites et j'en passe ...

Béa, tu es à mes côtés depuis le lycée. Tu es géniale ! Merci pour ta bonne humeur, ta naïveté légendaire. Merci d'avoir fait de moi le témoin de ton mariage avec Gabi. On habite loin l'une de l'autre, nos week-ends passés ensemble sont très précieux pour moi. Je te souhaite plein de bonheur. Flavio, je suis vraiment contente de te compter parmi mes amis. Tu es une belle personne pleine de qualités ! J'aime bien me moquer de toi mais c'est parce que tu le vaux bien ! Contente que tu aies trouvé Lorena !

Matthieu, tu resteras toujours mon premier situs inversus complet !! Reste comme tu es ! Hâte de refaire un week-end ensemble.

Justine, ta humour et ta joie de vivre donnent du baume au cœur. Surtout ne change rien.

Margaux, ta gentillesse, ta détermination et tes convictions sont des qualités que j'admire beaucoup. Je te souhaite une très belle nouvelle vie à Nantes !

Tristan, merci pour ton flegme légendaire, ta passion pour la nourriture et j'en passe !

Robin, ta culture de la différence est quelque chose que j'ai toujours aimé chez toi, mais toutes les bonnes choses ont une fin hein ?

Des pensées pour les +1 avec qui je passe toujours de super vacances et week-ends, Marie, Lorena, Gabi et Clément. Petite pensée pour Victor, qui fait partie de la team Mimizan Express, personne à qui j'ai beaucoup pensé récemment.

À mes copains de médecine de Rouen,

À mes colocs,

Clément, merci pour tous ces moments partagés à base de kèbab et des anges ! Ton épanouissement actuel me fait énormément plaisir ! Je te souhaite plein de bonheur.

Hélo, supers moments passés ensemble dans cette colocation ! Tu es quelqu'un de super et la famille que tu as fondée en est le reflet.

Elsa, ma zaza. Que de bons moments à la fac ou en voyage ! Tu es pleine de qualités, tu mérites le bonheur et l'accomplissement tant sur le plan perso que pro ! On habite loin maintenant, les moments partagés ensemble sont très précieux !

Léa, je suis heureuse que tu aies trouvé à Nantes tout le bonheur que tu mérites !

Margot, grâce à nos séances on est incollables sur les anges, enfin on était ... Ton bonheur actuel, bien mérité, me comble.

Lucie, mon electrocardio-girl préférée, l'humour et le second degré sont tes alliés et font tout ton charme !

Anne, super souvenirs de voyage et de soirées à Bordeaux. Je suis contente que tu aies trouvé Antonin, tu mérites d'être heureuse.

Idris, pleins de souvenirs également en passant par l'Espagne, les soirées et les vacances ! Puisse ta passion pour le complément d'apporter une belle reconnaissance professionnelle.

Joey, j'ai toujours été une fan de ton humour et ton second degré !

Aux copains de paf qui sont devenus les miens, Alex, Nico, Gauthier, Paul, Johnny, Marion. Nos vacances au ski sont de super souvenirs !

À mes copains de Bordeaux,

À mes colocs,

Merci à vous pour tous ces moments partagés, les planchas, les soirées Koh Lanta et j'en passe ! Merci d'avoir été présentes pendant les moments moins faciles.

Eugénie, tu es une de mes belles rencontres depuis mon départ ! Ta fidélité amicale, ton altruisme, et tes petites attentions peuvent être cause de déceptions mais font aussi tes forces ! J'admire cela. Ton humour et ta gentillesse font de toi une personne formidable. Tu as mis du temps à accepter d'être heureuse mais je crois que ce temps est venu et tu le mérites ! Tu es maintenant loin sur ton île et tu me manques ! J'espère que nous aurons l'occasion un jour de revivre dans la même ville !

Chloé, très belle rencontre aussi. Tu es une femme très forte mais aussi très sensible et c'est ce que j'admire chez toi. Ta passion pour neurologie et les PL avec recherches d'anticorps font aussi ton charme. Tu es une vraie amie et je sais que je peux compter sur toi. On se ressemble beaucoup mais on se complète aussi.

Diane, merci pour ta bonne humeur, ton déhanché légendaire. Le bonheur que tu as trouvé te vas à merveille.

MC, ma belle. Tu es une fille géniale, je sais que tu en doute régulièrement mais tu ne devrais pas. Tu mérites de trouver le bonheur personnel et professionnel !

Margaux, merci pour tous ces moments en passant par Périgueux, les soirées, la Bolivie. Tu es pleine de qualité, ta bonne humeur est celle que j'aime le plus ! Je te souhaite plein de bonnes choses !

Romain, tu es la force mentale incarnée. Je suis fière de ce que tu as réussi à construire à Arcachon.

Merci pour ces moments à Périgueux puis Lescar et Bordeaux.

Christine, tu es pleine de joie de vivre. Ta force et ton assurance sont des qualités que j'admire beaucoup.

France, ton humour est une de tes qualités. Contentée que tu ne sois plus « au fond » avec ta nouvelle vie ! Heureuse que tu aies trouvé à Paris l'équilibre recherché.

Annabelle, belle rencontre sur le tard, je suis contente que nos chemins se soient croisés.

Perrine et Hélène, mes deux cointernes de la « Géria à Baga ». Belles rencontres, merci pour tous ces souvenirs !

Et tous les autres, Martin, Claire, Léa, Maxence, Max, Louis, Maximilien, JB, Hugo, merci pour tous ses souvenirs notamment Périgourdins si mémorables !!!

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
LISTE DES ABREVIATIONS	10
INDEX DES TABLEAUX.....	12
INDEX DES FIGURES.....	13
RÉSUMÉ	14
ABSTRACT	15
INTRODUCTION	16
I/ Contexte et définitions	16
1/ La protection de l'enfant	16
A/ Les Acteurs.....	16
B/ Les mesures de protection	17
C/ Les chiffres	18
2/ Le pédopsychiatrie.....	19
A/ L'organisation des structures.....	19
B/ Le cadre législatif	21
C/ Les différentes pathologies rencontrées	21
D/ Les chiffres.....	23
3/ les urgences pédiatriques	23
A/ L'entrée dans le soin par l'urgence.....	23
B/ L'organisation des urgences pédopsychiatriques.....	24
C/ Les chiffres	24
II/ Problématiques et état des connaissances actuelles sur les sujets	24
1/ L'augmentation du nombre de passages aux urgences.....	24
2/ L'augmentation des demandes de soin en pédopsychiatrie	25
3/ Les difficultés d'accès aux soins de pédopsychiatrie	26
4/ Les relations entre prise en charge par des équipes sociales et pathologies psychiatriques ..	27
5/ Les études concernant les difficultés sociales chez les enfants consultant aux urgences pédiatriques pour motif pédopsychiatrique.	27
III/ Questions de recherche	28
IV/ Objectifs de l'étude.....	29
1/ objectif principal	29
2/ objectifs secondaires	29
MATERIEL ET METHODES	30
I/ Schéma d'étude	30
II/ population d'étude	30

III/ critère de jugement principal	30
IV/ Mode de recueil et données recueillies	31
V/ analyse statistique des données.....	34
VI/ mention légale et éthique	34
VII/ recherches bibliographiques	34
RESULTATS.....	35
I/ DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON.....	35
1/ Les caractéristiques de l'échantillon sur le premier passage en 2016 aux urgences	35
A/ Caractéristiques sociales des patients.....	35
B/ Age :	36
C/ Caractéristiques générales des enfants :	36
D/ Le nombre de passage avant 2016.....	37
E/ Caractéristiques du passage	37
F/ Caractéristiques psychiatriques des enfants	39
G/ L'hospitalisation.....	42
H/ Caractéristiques des parents	42
2/ Caractéristiques de l'échantillon sur toute l'année 2016	42
A/ Nombre de passage sur l'année 2016	42
B/ Les enfants vus par l'équipe de pédopsychiatrie.....	43
3/ Caractéristiques de l'échantillon en 2017/2018.....	44
A/ Nombre de passages.....	44
B/ Intervention sociale depuis le premier passage de 2016 et jusqu'à novembre 2018.....	44
II/ COMPARAISON DES ENFANTS AYANT DÉJÀ EU DES CONTACTS AVEC DES EQUIPES SOCIALES AVEC CEUX N'EN AYANT JAMAIS EU.	45
1/ Caractéristiques familiales des patients selon leurs données sociales.....	45
2/ Caractéristiques des parents selon les données sociales.....	46
3/ Caractéristiques du 1er passage aux urgences de 2016 selon le profil social.	47
A/Hospitalisation.....	47
B/Nombre de passage selon le profil social des enfants.....	48
4/ Caractéristiques psychiatriques des enfants selon leur profil social.....	49
5/ Comparaison des autres données sociales selon les deux groupes de comparaison.	50
III/ MODELE LOGISTIQUE MULTIVARIÉ	51
1/ Modèle complet.....	51
2/ modèle réduit	52
DISCUSSION	53
Les forces et limites de l'étude.....	62

Les forces.....	62
Les limites.....	62
CONCLUSION.....	63
ANNEXES.....	70
ANNEXE 1.....	70
ANNEXE 2.....	71
ANNEXE 3.....	72
SERMENT HIPPOCRATE.....	73

LISTE DES ABREVIATIONS

AEMO : Action Educative en Milieu Ouvert

AED : Aide Educative à Domicile

AESF : Accompagnement en Économie Sociale et Familiale

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ARS : Agence Régionale de Santé

AVS : Auxiliaires de Vie Sociale et familiale

CAMPS : Centre d'Action Médico-Social Précoce

CASPERTT : Centre d'Accueil SPécialisé dans le Repérage et le Traitement des Traumatismes

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CCPEA : Centre de Consultations Polyvalentes pour Enfants et Adolescents

CDEF : Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille

CESE : Conseil Économique, Social et Environnemental

CFTMEA : Classification Française des Troubles Mentaux des Enfants et des Adolescents

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPEA : Centres Médico-Psychologiques pour Enfants et Adolescents

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CN2R : Centre National de Ressource et de Résilience

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CRIP : Cellule de Recueil et de traitement des Informations Préoccupantes

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

IME : Institut Médico-Éducatifs

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IP : Information Préoccupante

ITEP : Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques

LVA : Lieux de Vie et d'Accueil

MECS : Maisons d'Enfants à Caractère Social

MDPH : Maisons Départementales des Personnes Handicapées
MDS : Maison du Département des Solidarités
MJAGBF : Mesure Judiciaire d'Aide à la Gestion du Budget Familial
ODAS : Observatoire de l'Action Sociale Décentralisée
ODPE : Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance
PAEJ : Points d'Accueil Écoute Jeunes
PASS : Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PU-PH : Professeur des universités-Praticien Hospitalier
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
SECOP : Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique
SESSAD : Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile
SUHEA : Service Universitaire d'Hospitalisation pour Enfants et Adolescents
TCA : Trouble du Comportement Alimentaire
TDHA : Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
TISF : Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale
TOP : Trouble Oppositionnel avec Provocation
UPSILON : Unité Psychiatrique Infanto-juvénile et de liaison
USAA : Unité de Soins Aigus pour Adolescents
UTAA : Unité de Traitement Ambulatoire pour Adolescents

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques sociales des patients au moment du premier passage de 2016.

Tableau 2 : Caractéristiques des enfants inclus (n = 414).

Tableau 3 : Caractéristiques du suivi psychiatrique des enfants au moment du premier passage en 2016 (n=414).

Tableau 4 : Caractéristiques du traitement psychiatrique au moment du premier passage de 2016.

Tableau 5 : Caractéristiques des parents (n=414).

Tableau 6 : Intervention sociale après le premier passage de 2016 (n=414).

Tableau 7 : Comparaison des caractéristiques générales des enfants selon profil social pour les variables qualitatives.

Tableau 8 : Comparaison des caractéristiques générales des enfants selon profil social pour les variables quantitatives.

Tableau 9 : Comparaison des données parentales selon le profil social des enfants.

Tableau 10 : Comparaison des caractéristiques du passage selon le profil social pour les variables quantitatives

Tableau 11 : Comparaison des caractéristiques du passage selon le profil social pour les variables qualitatives

Tableau 12 : Comparaison du nombre de passage avant 2016 selon le profil social.

Tableau 13 : Comparaison du nombre de passage en 2016 selon le profil social.

Tableau 14 : Comparaison du nombre de passage de 2017 à novembre 2018 selon le profil social des enfants

Tableau 15 : Comparaison des caractéristiques psychiatriques des enfants selon leur profil social.

Tableau 16 : Comparaison des données sociales restantes.

Tableau 17 : Modèle complet analyse multivariée (n= 220).

Tableau 18 : Modèle réduit analyse multivariée (n= 294).

INDEX DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des patients selon leur âge et leur sexe (n=414).

Figure 2 : Répartition des enfants selon leur heure d'arrivée sur le premier passage de 2016.

Figure 3 : Répartition des personnes qui adressent les enfants aux urgences (n=413).

Figure 4 : Motif de consultation aux urgences pédiatriques sur le premier passage de 2016 (n = 413).

Figure 5 : Type de pathologie psychiatrique suspectée au moment du premier passage (n= 408).

Figure 6 : Répartition du premier passage de 2016 de chaque enfant selon le mois de l'année (n=414).

Figure 7 : Répartition du nombre de fois où les enfants ont été vus par équipe de pédopsychiatrie en 2016 (n=414).

Figure 8 : Raisons pour lesquelles les patients n'ont pas été vus par l'équipe de pédopsychiatrie sur l'année 2016.

RÉSUMÉ

Consultations pédopsychiatriques aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux : profil social et sociodémographique sur l'année 2016.

Introduction :

Le nombre de consultations aux urgences pédiatriques est en constante augmentation en France, ainsi que les demandes de soin en pédopsychiatrie avec de longs délais de prise en charge. L'urgence est un mode d'entrée dans le soin fréquent en psychiatrie c'est pourquoi l'analyse des données aux urgences nous a parue pertinente. De plus, pédopsychiatrie et enfance en danger sont étroitement liées mais peu de données existent sur la population de pédopsychiatrie des urgences pédiatriques. L'objectif principal de cette étude est donc d'estimer le pourcentage d'enfant ayant des problèmes sociaux parmi ceux consultant pour un motif psychiatrique aux urgences pédiatriques.

Matériel et méthodes :

Une étude observationnelle rétrospective monocentrique a été réalisée. Les enfants inclus étaient tous ceux ayant consultés aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux du 1er janvier au 31 décembre 2016 pour un motif psychiatrique ou ayant nécessité l'intervention de l'équipe de pédopsychiatrie. Le critère de jugement principal était la présence de toute intervention sociale, sur l'année 2016 ou avant, comprenant les mesures administratives (Information Préoccupante en cours, TISF, AED) ou judiciaires (placement en foyer, AEMO, signalement judiciaire en cours).

Résultats :

33,25% des 414 enfants inclus avaient eu un contact avec des équipes sociales avant leur premier passage de 2016 dont 65% étaient d'origine judiciaire. Dans 22% des cas, le premier passage aux urgences de 2016 a donné lieu à une nouvelle intervention sociale. Il y avait 57% de filles avec un âge médian de 13 ans. L'analyse comparative des enfants ayant déjà eu des contacts avec des équipes sociales par rapport à ceux n'en ayant jamais eu, retrouvait significativement dans le premier groupe, moins de filles ($p=0.002$), moins de parents en couple et d'enfants vivants chez leurs deux parents ($p<0.0001$), plus d'enfants déscolarisés depuis plus d'un mois ($p=0.0178$), plus de passages aux urgences depuis la naissance ($p=0.0004$). Sur le plan psychiatrique, les enfants ayant eu des contacts avec les équipes sociales avaient plus d'antécédents psychiatriques connus, plus de prise de traitement à visée psychiatrique (notamment au moment du passage ($p<0.0001$)), ainsi qu'un nombre de pathologies à type de troubles du comportement plus important ($p<0.0001$).

Conclusion :

Nos résultats suggèrent un nombre important d'enfants ayant des difficultés sociales parmi ceux consultants aux urgences pédiatriques pour un motif psychiatrique.

ABSTRACT

Child psychiatric consultations in pediatric emergencies at Bordeaux University Hospital: social and socio-demographic profile for the year 2016.

Introduction :

The number of pediatric emergency consultations for psychological or psychiatric reasons continues to rise in France, as well as requests for child psychiatry care. Child psychiatry and social problems are closely related, but few data exist on child psychiatry population in pediatric emergency departments. Our aim was therefore to estimate the percentage of children with social problems among those consulting for psychiatric reasons in pediatric emergency departments.

Methods :

A monocentric prospective observational study was conducted. All the children who had consulted the paediatric emergency department of Bordeaux University Hospital from 1 January to 31 December 2016 for a psychiatric reason were included and those who required the intervention of the child psychiatry team. The main objective was to describe the presence of any social intervention in 2016 or before, including administrative or judicial measures.

Results :

33.25% of the 414 children included had contact with social teams before their first visit in 2016. 65% were judicial measures. 57% were female and the average age was 13 years old. The analysis of children who already had contact with social teams compared to those who never had, found significantly fewer girls ($p=0.002$), fewer children living with both parents ($p<0.0001$), more children who had been out of school for more than one month ($p=0.0178$), and more visits to the emergency department since birth ($p=0.0004$). On a psychiatric level, children who already had contact with social teams had more known psychiatric history, more psychiatric treatment and more pathologies of the type of behavioural disorders ($p<0.0001$).

Discussion :

Our results suggest that among all the children consulting in pediatric emergency departments for psychiatric reasons, a significant number are presenting social difficulties.

INTRODUCTION

I/ Contexte et définitions

1/ La protection de l'enfance

A/ Les Acteurs

La protection de l'enfance est un terme global qui réunit de nombreux acteurs. Selon l'article L. 112-3 du code de l'action sociale et des familles *« la protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs »*. La loi du 5 mars 2007 a profondément réformé la protection de l'enfance, complétée par la loi du 14 mars 2016.

Les premiers acteurs sont les parents. La loi du 04 mars 2002 reprend dans un nouvel article 371-1 du Code civil, l'essentiel de la définition de l'autorité parentale. L'article 371-1 du Code civil précise que *« l'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité »* (1). Pour s'assurer que les besoins de l'enfant soient respectés, la relation de l'enfant avec ses parents (ou avec les adultes responsables de lui) doit donc être examinée. Dans le cas contraire, un soutien adapté doit être apporté à l'enfant et sa famille.

Lorsque la cellule familiale est défaillante, le principal acteur rencontré est l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). La gouvernance de la protection de l'enfance est complexe du fait de la multitude d'intervenants. La cause principale de cette complexité est le fait de la décentralisation de l'ASE induisant logiquement des différences sur le terrain. En effet, l'ASE a été décentralisée aux départements dans les années 1980 engendrant des différences voir des inégalités de traitement. Cette décentralisation est de plus en plus remise en cause, notamment dans un rapport récent fait pour l'assemblée Nationale en juillet 2019 (2). Au sens strict, l'ASE est un service du département (Conseil Départemental) dont la première mission est d' *« apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique tant aux mineurs et à leur famille ou à tout détenteur de l'autorité parentale, confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social, qu'aux mineurs émancipés et majeurs de moins de 21 ans confrontés à des difficultés familiales, sociales et éducatives susceptibles de compromettre gravement leur équilibre »* selon le code de l'action sociale et des familles (3). Le garant est le président du Conseil Départemental.

Le déclenchement de l'action des services de protections de l'enfance peut se faire de différentes façons. En effet, les deux types de mesures, appelés communément administratives ou judiciaires, sont au cœur de ce dispositif et ont des objectifs différents mais complémentaires. C'est pourquoi, le choix entre les deux peut se révéler difficile pour des professionnels confrontés à des situations préoccupantes. Lorsque les mesures sont administratives, elles sont décidées par le conseil départemental, le cas échéant avec l'accord des parents ; si elles sont judiciaires, elles sont ordonnées par un juge. Selon les chiffres de la DREES, en 2017, la grande majorité des décisions étaient judiciaires : 79 % des 160 650 enfants confiés à l'ASE l'ont été par une décision judiciaire (4).

Pour les décisions administratives, la loi du 5 mars 2007 a permis la création des Cellules de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP). Les Informations préoccupantes (IP) sont définies selon le code de l'action sociale et des familles comme *« une information transmise à la cellule départementale mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 pour alerter le président du conseil départemental sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son*

éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être » (5). La CRIP analyse toutes les informations à leur réception. Elle réalise donc une analyse de premier niveau de chaque situation afin de décider du type de traitement de l'information : prise en compte en prévention, évaluation nécessaire, ou un signalement sans délai au Parquet.

D'un point de vue juridique, plusieurs acteurs peuvent entrer en jeu. Ce qui peut déclencher les procédures judiciaires est la réalisation d'un signalement. Le signalement judiciaire est un terme juridique qui consiste à la saisine du Procureur de la République. Il permet de porter à la connaissance des autorités compétentes des faits graves nécessitant des mesures appropriées dans le seul but de protéger un mineur qui n'est pas en mesure de le faire. Ainsi, un des acteurs judiciaires est le Parquet, par le biais du Procureur de la République qui intervient lui lors de l'urgence. C'est lui qui est saisi en cas d'enfant en danger et qui peut décider d'un placement provisoire (ordonnance de placement provisoire). Les autres intervenants judiciaires font partie de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). Le principal acteur, le Juge des Enfants, est amené à prendre, entre autres, des mesures d'assistance éducative ou des ordonnances de placements. Il est généralement saisi par le procureur de la République, comme ce fut recensé en 2016 dans 84% des cas (6). Le Juge des enfants peut aussi intervenir à la demande des parents (ensemble ou non), de l'institution à qui l'enfant avait été confié provisoirement par l'ASE, ou de l'enfant lui-même.

Un des axes majeurs de la protection de l'enfance est celui de la prévention. La loi du 5 mars 2007 met l'accent sur la prévention précoce des risques pour les enfants et donne aux PMI (Protection Maternelle et Infantile) un rôle pivot en faisant évoluer leurs missions. Celles-ci étant d'organiser des consultations de prévention médico-sociale chez les femmes enceintes, les enfants de moins de 6 ans ; d'organiser un bilan de santé en école maternelle. Cette prévention passe aussi par des examens de santé obligatoires dans le cadre scolaire. Il existe également sur le territoire, un service public de proximité, la Maison du Département des Solidarités (MDS) et de nombreuses associations militantes pour la protection ou les droits de l'enfant. Certaines font de la formation pour les professionnels et auprès d'enfants, d'autres accompagnent et soutiennent les enfants victimes, d'autres encore participent au dépistage d'enfants maltraités.

B/ Les mesures de protection

Les mesures de protection peuvent être d'une part, administratives si elles sont décidées par le Conseil Départemental ou d'autre part, judiciaires si elles sont décidées par la justice.

Les mesures administratives :

Il existe de nombreux accompagnements proposés qui ne remettent pas en cause l'autorité parentale. Les principaux sont résumés ici.

Le versement d'aides financières ou d'allocations mensuelles. Cela peut être sur différents domaines comme l'aide au paiement de la cantine ou du logement, mais également pour la garde ou la prise en charge des soins. En Gironde, en 2015, la dépense des aides était estimée à 3 millions d'euros environ avec 7800 foyers bénéficiaires.

L'accompagnement en Économie Sociale et Familiale (AESF). C'est une aide proposée à la famille au titre des prestations d'Aide Sociale à l'Enfance à domicile, lorsque la famille connaît des difficultés budgétaires récurrentes qui viennent compromettre l'éducation et le développement des enfants.

L'aide au foyer à travers les Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF). Ils interviennent au domicile auprès de familles pour permettre le maintien des enfants chez eux. Leurs rôles sont surtout préventifs, éducatifs, d'accompagnement et de soutien. Ils peuvent par exemple s'occuper des enfants en les aidant dans l'organisation de leur emploi du temps ou dans leurs devoirs et

également aider les parents dans les responsabilités de la vie quotidienne telles que la cuisine, l'entretien du logement, les courses, la gestion du budget familial.

L'Aide Educative à Domicile (AED). Cette aide éducative à domicile est faite à la demande des parents ou d'un professionnel. La mise en place se fait avec leur accord. Elle est assurée par un éducateur (ou une assistante sociale) du conseil départemental qui intervient à domicile par des entretiens et des échanges. Ils ont pour but de soutenir les familles dans leurs responsabilités éducatives, et d'améliorer les liens entre parents et enfants.

L'accueil provisoire. Il s'agit d'un placement réalisé dans le cadre administratif, il est donc décidé par le conseil départemental à la demande ou en accord avec la famille.

Les mesures judiciaires :

Les différentes mesures sont résumées ci-dessous.

La Mesure Judiciaire d'Aide à la Gestion du Budget Familial (MJAGBF). Lorsque les prestations familiales ne sont pas employées pour les besoins liés au logement, à l'entretien, à la santé et à l'éducation des enfants, le juge peut ordonner que ces prestations soient versées à une personne qualifiée. Cette mesure est mise en place en cas d'échec de l'AESF.

L'Action Éducative en Milieu Ouvert (AEMO). Il s'agit de la même chose que l'AED mais elle est décidée par le juge des enfants et s'impose donc aux parents.

Le placement. Le placement d'un enfant est une mesure de protection qui retire un mineur de son milieu familial.

Les différents types d'accueils peuvent être décidés sur une mesure administrative mais sont la plupart du temps sur décision judiciaire. C'est pourquoi ils sont mis dans cette catégorie. Il existe différents types d'accueils :

- L'Accueil familial en famille d'accueil. L'assistant familial, moyennant rémunération et en obtenant un agrément, héberge à son domicile des jeunes en difficultés.
- L'accueil en Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS). Ces maisons accueillent, pour des séjours de durée variable, des enfants et jeunes majeurs dont les familles se trouvent en difficulté momentanée ou durable et ne peuvent, seules ou avec le recours de proches, assumer la charge et l'éducation de leurs enfants.
- L'accueil au Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille (CDEF). Le CDEF a pour mission d'assurer l'accueil de tout mineur en difficulté et ou en danger, confié par sa famille ou par mesure judiciaire pour la quasi-totalité, aux services de l'Aide Sociale à l'Enfance.
- L'Accueil en Lieux de Vie et d'Accueil (LVA). Les LVA sont des structures dont la mission, est d'offrir un cadre sécurisant à l'enfant, de l'amener à se reconstruire au sein d'un groupe de vie, et de veiller à assurer le maintien des liens de l'enfant avec son milieu d'origine et sa famille.
- Le Placement Éducatif À Domicile. Il s'agit d'une mesure alternative au placement. L'enfant est alors mis sous la responsabilité de l'ASE mais le placement peut se réaliser au sein de la structure familiale.
- Les pouponnières à caractère social. Elles reçoivent des enfants de la naissance à 3 ans.
- Le placement en établissement médicosocial d'éducation spéciale. Il s'agit par exemple d'Institut Médicoéducatifs (IME), d'Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques (ITEP).

C/ Les chiffres

Selon l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE) (6), en 2018, le nombre de mineurs bénéficiant au moins d'une prestation ou mesure relevant du dispositif de protection de l'enfance était estimé à 341 000 sur la France entière (hors Mayotte), soit un taux de 2% des mineurs. Ces chiffres sont en constante augmentation au cours des dernières années.

En 2018, l'âge moyen des enfants confiés était de 12 ans avec 57% de garçons et 43% de filles (6).

En 2016, 92 639 nouveaux mineurs ont fait l'objet d'une saisine d'un juge des enfants, un chiffre en augmentation également depuis 2011. Au total, l'ONPE a estimé les dépenses publiques des départements pour l'aide sociale à l'enfance à 10 milliards d'euros pour la France en 2017 avec une augmentation de 2% par rapport à 2016 et de 40% par rapport à 1998 (6).

Un rapport d'information pour l'assemblée nationale de juillet 2019 (2) soulignait que 17 % des enfants de l'ASE présenteraient un handicap physique ou mental reconnu par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), contre 2 % dans la population générale des enfants. Le rapport du Conseil économique, social et environnemental (CESE) de 2018 (7), décrit qu'à l'âge de 17 ans, 23 % des enfants de l'ASE ne sont plus scolarisés dans une formation diplômante, contre 9,6 % pour l'ensemble des jeunes du même âge.

En Gironde, en 2015, selon l'observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance (8), 4233 informations préoccupantes ont été signalées à la CRIP, une augmentation de 25% par rapport à 2012. 1593 signalements ont été faits au parquet, une augmentation également de 39% par rapport à 2012. Les mineurs girondins bénéficiaires en 2015 de mesures de l'ASE étaient 10089 soit 3% de la population des mineurs de Gironde (8).

2/ Le pédopsychiatrie

La pédopsychiatrie concerne l'ensemble des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent.

A/ L'organisation des structures

En France, depuis les années 1960, l'organisation de la psychiatrie et donc de la pédopsychiatrie est en secteur. Les secteurs de pédopsychiatrie correspondent à une aire géographique de prise en charge en fonction du domicile de l'enfant. Ces secteurs couvrent l'ensemble du territoire national et leur gestion est confiée à des établissements psychiatriques. En 2017, 320 secteurs de pédopsychiatrie prenaient en charge environ 600 000 enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 16 ans (9). En pédopsychiatrie, la prise en charge est principalement ambulatoire. Lorsqu'elle est hospitalière, la prise en charge est essentiellement à temps partiel et très peu en hospitalisation complète contrairement à la psychiatrie adulte. Ainsi, les places en hôpital de jour et hôpital de nuit sans hospitalisation complète représentent 72 % des capacités d'accueil hospitalières en pédopsychiatrie contre 24 % en psychiatrie générale (9).

Le système de soins en psychiatrie français se caractérise par la diversité des organisations (libéral, hospitalier, médico-social), des financements (rémunération à l'acte, établissements sous objectif quantifié national, budget global hospitalier), des modalités de soins (ambulatoire, temps partiel, temps complet, réseaux de soins et partenariats professionnels et associatifs...), des structures (centres médico-psychologiques, lits hospitaliers, hôpitaux de jours, appartements thérapeutiques...). La prise en charge s'articule avec la médecine générale et d'autres champs professionnels ou associatifs (social, éducation, justice, familles...).

En Gironde, comme dans tous les départements, les établissements psychiatriques sont organisés en secteurs. Trois établissements sont concernés par la répartition : le Centre Hospitalier Charles Perrens à Bordeaux, le Centre Hospitalier de Cadillac et le Centre Hospitalier de Libourne.

Il s'agit de différencier trois types de structures d'accueil :

Les structures ambulatoires :

Il existe différents types d'accueil en ambulatoire qui sont détaillés ci-dessous.

Le Centre Médico-Psychologique (CMP). Il constitue ce qu'il est convenu d'appeler le « pivot » du dispositif de soins du secteur. Il s'agit d'une unité de coordination et d'accueil situé en dehors de l'hôpital, qui organise des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'intervention à domicile. Sa gestion est dans 90% des cas publique. Il fait partie des secteurs de psychiatrie. En pédopsychiatrie, il existe aussi les Centres Médico-Psychologiques pour Enfants et Adolescents (CMPEA) ou CMP infanto-juvéniles. La Gironde compte 28 CMP avec 7 antennes supplémentaires, ce qui fait un

total de 35 sites d'accueil. Réglementairement, l'âge devant être couvert par la psychiatrie infanto-juvénile s'étend de la naissance à 16 ans révolus. Mais en pratique, l'étude faite pour l'ARS de Nouvelle Aquitaine en mai 2019 sur les CMP (10) montre que l'âge de fin de prise en charge par les CMP infanto-juvéniles est plus fréquemment 18 ans.

Le Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP). Il s'adresse aux enfants et aux adolescents jusqu'à 20 ans qui éprouvent des difficultés d'apprentissage, des troubles psychomoteurs, du langage ou des troubles du comportement, en famille ou à l'école. Les CMPP sont des centres privés, généralement portés par des structures associatives, et conventionnés par la sécurité sociale. Ce sont des structures destinées exclusivement à l'accueil des enfants et adolescents. La Gironde compte 4 CMPP dont un avec une antenne pour un nombre total de 5 sites d'accueil (11). La Gironde est un département sous doté en CMPP vu sa taille et sa densité de population, le suivi se fait donc plus souvent en CMP.

Le Centre d'action médico-social précoce (CAMSP). Il s'agit d'un établissement médico-social de prévention, de dépistage et de prise en charge d'enfants de la naissance à 6 ans par une équipe pluridisciplinaire médicale, paramédicale et éducative. La gestion est le plus souvent associative ou hospitalière. Le CAMSP peut s'appuyer sur un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SES-SAD).

Les pédopsychiatres et psychologues libéraux. Ils font également partis de l'offre de soin en ambulatoire. Les enfants sont reçus au cabinet.

Les Unités ambulatoires pour adolescents. Ces unités regroupent, en Gironde, l'Unité de Traitement Ambulatoire pour Adolescents (UTAA) qui est une unité de soins complexes pour adolescents de 11 à 17 ans situé au centre hospitalier de Charles Perrens, le Centre de Consultations Polyvalentes pour Enfants et Adolescents (CCPEA) situé au Centre Abadie et le Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) pour adolescents à Blanquefort.

Les structures hospitalières :

Il existe différentes unités d'hospitalisation détaillées ci-dessous.

Les hôpitaux de jours. Ils assurent des soins polyvalents individualisés en journée. Les soins, en fonction des troubles présentés, peuvent être de quelques demi-journées à plusieurs journées par semaine voire la semaine complète. Leurs objectifs sont d'optimiser l'insertion des personnes dans leur milieu familial, scolaire ou professionnel. Il y en a 5 en Gironde.

Les unités d'hospitalisation à temps complet. Elles peuvent être situées dans des centres hospitaliers spécialisés, des centres hospitaliers ayant une orientation somatique ou des établissements privés. Les principales unités à Bordeaux sont l'Unité Psychiatrique Infanto-juvénile et de liaison de Gironde (UPSILON) pour enfants et adolescents de 6 à 17 ans, l'Unité de Soins Aigus pour Adolescents (USAA) de 11 à 17 ans, le service universitaire d'hospitalisation pour enfants et adolescents (SUHEA) qui accueille les jeunes de 7 à 17 ans ainsi que l'unité de pédopsychiatrie de liaison qui elle est située à l'hôpital des enfants au CHU de Bordeaux.

Le dispositif d'accueil des urgences pédopsychiatriques à Bordeaux. Il est assuré par les urgences pédiatriques jusqu'à 15 ans et 3 mois puis le relai est pris par le Service d'Évaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique (SECOP) à Charles Perrens. Les limites d'âges sont souples, un patient déjà suivi par Charles Perrens de moins de 15 ans pourra être reçu au SECOP et vice versa, un patient connu des équipes pédiatriques de plus de 15 ans et 3 mois sera accueilli. Aux urgences pédiatriques, une équipe de psychiatrie est sur place du lundi au vendredi et d'astreinte la nuit et les weekends.

Les structures médicosociales :

Ces structures sont le reflet d'une certaine coordination entre les équipes médicales psychiatriques et les partenaires sociaux. Quelques exemples sont détaillés ci-dessous.

Les Services d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD). Ils ont été mis en place par le décret n°89-798 du 27 octobre 1989. Les SESSAD apportent aux familles conseils et accompagne-

ment, pour favoriser l'intégration scolaire et l'acquisition de l'autonomie grâce à des moyens médicaux, paramédicaux, psychosociaux, éducatifs et pédagogiques adaptés. Les interventions ont lieu dans les différents lieux de vie et d'activité de l'enfant ou de l'adolescent (domicile, crèche, école, centre de vacances...) et dans les locaux du SESSAD.

La maison des adolescents. Il s'agit d'un lieu d'accueil et d'écoute des adolescents et de leur famille. Il en existe une par département. Les maisons des adolescents font partie d'un réseau de partenaires, ouvert sur la ville, qui est destiné à favoriser des coopérations et des articulations entre les professionnels de santé (institutionnels et libéraux), l'Éducation Nationale, l'Action sociale, les Points d'accueil écoute jeunes (PAEJ), la Protection judiciaire de la jeunesse et les collectivités locales.

Les Points d'Accueil Écoute Jeunes. Ce sont des petites structures disséminées sur le territoire, proches des jeunes et complémentaires des maisons des adolescents. Ils offrent une écoute, un accueil et une orientation aux jeunes âgés de 12 à 25 ans et peuvent accueillir les parents.

L'association Rénovation. Elle est spécialisée dans la prise en charge d'enfants, d'adolescents et d'adultes affectés par des troubles du comportement et des maladies psychiques. L'Association compte aujourd'hui plus de 600 professionnels, répartis entre 15 établissements de divers types dont le Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel. Les établissements sont répartis sur l'Aquitaine.

La Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé (PASS). Il existe une équipe médicale et paramédicale au CHU de Bordeaux à l'Hôpital des Enfants. Elle a été renforcée en 2014 par la création d'un temps d'assistant social, puis de puériculteur, dédié à la pédiatrie pour l'accueil et l'accompagnement des enfants en situation de précarité.

B/ Le cadre législatif

Pour l'hospitalisation d'un mineur, il convient d'obtenir le consentement des parents ou de la personne qui détient l'autorité parentale. Le père et la mère d'un enfant détiennent l'autorité parentale selon l'article 371-2 du code civil (12) jusqu'à la majorité de l'enfant ou son émancipation. L'hospitalisation à la demande d'un tiers n'est donc pas applicable pour le mineur. La place du mineur dans la décision concernant sa santé a été renforcée par la loi du 4 mars 2002, *"les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité"* (13). Si des parents s'opposent aux soins de leur enfant et que ce refus peut nuire à la santé de l'enfant, les autorités médicales ont le pouvoir de décision via l'intervention du Juge des Enfants.

C/ Les différentes pathologies rencontrées

Les principales pathologies psychiatriques retrouvées lors des consultations aux urgences sont définies par le DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies) ou la CFTMEA (classification française des troubles mentaux des enfants et des adolescents). Cette dernière est un système de classification psychopathologique qui se veut être un complément des systèmes internationaux (CIM-10) et américains (DSM) dans le domaine de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Elle n'a pas de reconnaissance internationale mais reste assez utilisée par les pédopsychiatres français. La CIM10, classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, est gérée par l'Organisation mondiale de la santé. Pour cette thèse, nous avons décidé de résumer les principales pathologies rencontrées aux urgences sans détailler tous les symptômes et critères de diagnostics. Les correspondances entre la CIM 10 et la CFTMEA sont détaillées dans l'annexe 1. Les principales pathologies rencontrées sont détaillées ci-dessous.

Troubles des conduites :

Ils se manifestent par un ensemble de conduites à risque, agressives et répétitives comme le vol, la violence, l'atteinte aux biens sociaux. La symptomatologie est dominée par l'impulsivité et l'agressivité, souvent en réponse à la moindre frustration. Il peut s'agir d'une symptomatologie brutale c'est pourquoi ces patients sont fréquemment rencontrés aux urgences. Ils peuvent être accompagnés par d'autres troubles comme le déficit de l'attention et hyperactivité (THADA) et le trouble oppositionnel avec provocation (TOP).

Trouble oppositionnel avec provocation :

Ce trouble est défini comme un des différents types de trouble des conduites dans la CIM-10. Il s'agit d'un ensemble de comportements récurrents négatifs, provocateurs et désobéissants, souvent dirigés contre des figures d'autorité. Les enfants atteints de ce trouble sont rebelles, difficiles, désobéissants et irritables sans être physiquement agressifs ou violer le droit des autres. Lorsqu'il existe une agressivité, celle-ci reste verbale.

Troubles de l'humeur :

Ils peuvent se manifester par un état d'agitation, lors d'un épisode maniaque par exemple ou d'un passage à l'acte avec les tentatives de suicide. Les symptômes peuvent être divers et poser un diagnostic dans l'enfance ou l'adolescent peut se révéler difficile. Sont retrouvées le plus fréquemment la dépression et la bipolarité. Les critères diagnostics de l'état dépressif majeur (annexe 2) et ceux du trouble bipolaire (annexe 3) sont définis par le DSM 5.

Troubles anxieux :

Ils regroupent différents types de troubles qui sont des manifestations d'une anxiété ou d'une angoisse importante. Aux urgences, l'attaque de panique est très fréquente, sa répétition caractérise un trouble panique. Les particularités de ces crises chez l'enfant sont l'association d'un contexte somatique riche avec des symptômes tels que la douleur abdominale, la céphalée ou les palpitations qui sont souvent associées. Ils représentent la plus forte incidence des troubles retrouvés chez l'enfant ou l'adolescent. Chez l'enfant, l'anxiété de séparation qui consiste en une réaction de peur intense, inhabituelle pour l'âge, au départ de la figure d'attachement est également décrite. Les troubles phobiques (simple, sociale, agoraphobie) sont également retrouvés chez l'enfant.

Troubles schizophréniques :

Aux urgences, il est possible de rencontrer une agitation en rapport avec un épisode psychotique aigu. Dans 1/3 des cas, l'épisode psychotique aigu est signe de l'entrée dans la schizophrénie. Il s'agit, comme pour le trouble bipolaire, plutôt une pathologie de l'adulte jeune que de l'enfance ou l'adolescence, ils sont extrêmement rares à l'enfance.

Troubles du spectre autistique :

Le diagnostic d'autisme infantile est actuellement regroupé dans le cadre nosographique des Troubles Envahissant du Développement (TED). Ils sont différenciés en huit catégories distinctes : Autisme infantile, autisme atypique, syndrome de Rett, autres troubles désintégratifs de l'enfance, hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés, syndrome d'Asperger, autres troubles envahissants du développement et troubles envahissants du développement sans précision selon le DSM V. Sa définition selon la HAS est qu'il s'agit d'«*un groupe hétérogène de troubles qui se caractérisent tous par des altérations des interactions sociales réciproques et des modalités de communication et de langage, ainsi que par un répertoire d'intérêt et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations*» (14).

Trouble de l'Attention, Hyperactivité (TDA/H) :

Ce trouble est défini par l'association de trois types de manifestations : les troubles de l'attention, l'hyperactivité motrice et l'impulsivité. L'enfant est en difficulté pour terminer une tâche, il réalise de nombreuses erreurs d'inattention du fait d'une distractibilité importante. Une agitation incessante ainsi qu'une activité désordonnée et inefficace peuvent être associées.

Consommation de toxiques et ivresse aigue :

La consommation de substances psychoactives et une ivresse aigue peuvent également être un motif de consultation aux urgences.

Trouble du comportement alimentaire :

La classification DSM-5 définit l'existence de trois grands TCA que sont l'anorexie mentale, la boulimie et l'accès hyperphagique (ou hyperphagie boulimique).

Toutes ces pathologies peuvent être rencontrées en décompensation aux urgences. Il ne faut bien sûr pas méconnaître un trouble organique étant à l'origine de symptômes psychiatriques comme l'hypoglycémie, une déshydratation, une épilepsie ou une infection ; c'est pourquoi un examen clinique est nécessaire à chaque passage.

D/Les chiffres

Les données épidémiologiques sur le sujet en France sont rares et non récentes. Les dernières études de l'INSERM (Inserm) de 2002 indiquaient plusieurs chiffres : un enfant sur huit souffrait d'un trouble mental en France, environ 5 % des enfants de moins de douze ans souffraient de troubles anxieux, 1 à 2 % de troubles de déficit de l'attention, avec ou sans hyperactivité, et 0,5 % de dépression. À l'adolescence, les troubles de l'humeur touchaient 3 % des 13-19 ans (9). Les données de 2009 révélaient que 10% des enfants et 15% des adolescents présentaient un trouble mental en France (15). À l'échelle mondiale, l'OMS retrouvait un pourcentage similaire, de 10 à 20% des enfants et des adolescents. Toujours, selon l'OMS, en 2019, les problèmes de santé mentale représentaient 16% de la charge mondiale de morbidité et de blessures chez les personnes âgées de 10 à 19 ans (16).

Selon la Drees, le nombre de mineurs de moins de 16 ans pris en charge par les structures de psychiatrie ambulatoire s'élevait à 454 534 en 2014. Selon la DGOS, la même année, 90 % de la file active était suivie exclusivement en ambulatoire (9). Selon le rapport mission bien être et santé des jeunes de novembre 2016 (17), d'une manière générale, plus de 50% des pathologies psychiques débutent avant 14 ans. Leur devenir dépend du repérage et de la prise en charge précoce selon l'OMS.

La santé mentale est devenue une priorité internationale et nationale. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) adopte en 2013, le plan d'actions pour la santé mentale 2013-2020 (16). De plus, au niveau de l'Union européenne, le pacte européen pour la santé mentale et le bien-être (18), qui a été signé en 2008 par la France, fait de la santé mentale une priorité au niveau européen au regard de la prévalence de ces troubles et de leurs conséquences pour les individus et leurs proches. Au niveau national, un rapport de 2016 du Haut Conseil de Santé Publique (19) fait de la psychiatrie une des priorités. En Nouvelle-Aquitaine, le projet régional de santé 2018-2028 (20) considère la santé mentale comme une composante indissociable de la santé, avec la psychiatrie, à rapprocher des autres disciplines, afin de garantir la construction de parcours en santé mentale sans rupture et de qualité à tous les âges de la vie.

3/ les urgences pédiatriques

A/ L'entrée dans le soin par l'urgence

En France, les urgences psychiatriques sont définies par la circulaire du 30 juillet 1992 comme *“ une demande dont la réponse ne peut être différée. Il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante, afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique”* (21).

Il faut différencier la notion de crise de celle de l'urgence vraie en pédopsychiatrie. Comme le disait Guedj : *“Toute urgence peut être considérée comme une crise mais toute crise n'est pas nécessairement une urgence”* (22). La crise est un moment de changement rapide, subit et souvent réversible. Elle résulte généralement d'une rupture avec un état d'équilibre avec l'apparition d'un événement angoissant difficile à gérer pour le jeune. Les symptômes peuvent être bruyants sans présager d'une pathologie psychiatrique sous-jacente et peuvent être ressentis comme une urgence par l'enfant ou adolescent ou son entourage. L'urgence, d'après Speranza, correspond à *“une situation de crise pathologique associée à un sentiment de danger imminent ou de risque vital pour le jeune et/ou son entourage”* (23). D'après ces auteurs, l'urgence est atteinte lorsque l'entourage appréhende la survenue d'un acte auto ou hétéro-agressif, créant un sentiment de danger immédiat. L'urgence serait donc caractérisée par la notion d'immédiateté et une nécessité de prise en charge rapide. Il s'agit de prendre en compte le jeune dans sa globalité pour différencier une manifestation de crise relationnelle d'une émergence

d'un trouble psychiatrique. Ainsi, il existe les urgences psychiatriques "vraies" c'est à dire une décompensation d'une pathologie psychiatrique, connue ou non, comme les décompensations de schizophrénie, de troubles bipolaires ou les états dépressifs majeurs. Il existe également les urgences pour lesquelles le symptôme est d'allure psychiatrique mais dont le problème est plutôt somatique. Les urgences représentent le premier lieu de contact avec le soin psychiatrique pour plus de 50 % des adolescents(24).

B/ L'organisation des urgences pédopsychiatriques

La prise en charge des urgences psychiatriques n'est pas la même partout, il existe plusieurs modalités de l'accueil des urgences pédopsychiatriques en France.

Une thèse bordelaise de psychiatrie de Razafindralambo de 2010 (25) s'est intéressée à l'organisation de la pédopsychiatrie en France. Cette étude reposait sur des questionnaires envoyés aux PUPH de pédopsychiatrie, 16 centres avaient répondu. Cette étude montrait que seuls le CH Henri Laborit de Poitiers et le centre Hospitalier Interdépartemental de la Fondation Vallée, situé à Gentilly en région parisienne disposaient d'un pédopsychiatre de garde 24 heures/24. Dans la plupart des autres centres, les enfants ou adolescents étaient reçus aux urgences générales avec avis psychiatrique ensuite. Trois des seize établissements (à savoir l'hôpital Avicenne à Paris, le CHU d'Angers et le CHU de Nantes) n'étaient pas dotés de lits d'hospitalisation de pédopsychiatrie et travaillaient en collaboration avec les cliniques ou autres unités de psychiatrie de la région.

Dans la plupart des cas, c'étaient les urgences pédiatriques qui avaient d'abord à prendre en charge le mineur comme c'est le cas à Bordeaux. Dans ces cas, pour assurer la qualité de la prise en charge, les équipes de soins pédiatriques doivent pouvoir s'appuyer sur les compétences des équipes de pédopsychiatrie.

C/ Les chiffres

En 2016, 41053 passages ont été recensés aux urgences pédiatriques de Bordeaux. Selon la DREES, les enfants de moins de 15 ans représentaient 27 % de l'ensemble des passages aux urgences d'après la dernière enquête nationale réalisée en 2013 (26). 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. Les recours motivés par la traumatologie sont plus fréquents pour les enfants : 49 % des motifs, et même 60 % pour les enfants de 5 ans ou plus, contre 35 % pour les 15-74 ans. Leur prise en charge comporte moins d'examen complémentaires. La durée de passage des enfants aux urgences est plus courte, même en cas d'hospitalisation (26).

II/ Problématiques et état des connaissances actuelles sur les sujets

L'intrication des trois domaines définis que sont l'enfance en danger, la pédopsychiatrie et les urgences pédiatriques soulèvent plusieurs problématiques.

1/ L'augmentation du nombre de passages aux urgences

Il s'agit d'une problématique qui touche tous les secteurs des urgences qu'ils soient pédiatriques ou adultes, quelle que soit leur localisation en France. Cet engorgement des urgences entraîne des problèmes de prises en charge du fait de personnels en sous-effectif et de locaux non adaptés. Ainsi, le personnel médical et para médical peine à répondre à la demande de prise en charge médicale. Il va de soi que les problèmes familiaux et sociaux sous-jacents en payent le prix. Selon les statistiques, sur le plan national en 2018, il y a eu 2 490 616 passages aux urgences pédiatriques en France en totalité, c'est 140 000 de plus qu'en 2013 (27).

Concernant les consultations aux urgences pour un motif pédopsychiatrique, la tendance est également à l'augmentation au niveau national mais aussi international. Une étude américaine de Newton *et al* (28) montrait que le nombre de consultations pour motif pédopsychiatrique aux urgences avait augmenté de 15% entre 2002 et 2006. Une étude australienne de 2018 de Hiscock *et al* (29) montrait une augmentation du nombre de consultations aux urgences pédiatriques pour un motif psychiatrique entre 2008 et 2015 de 46% alors que le nombre de consultations pour un motif médical n'augmentait que de 13%. Sur le plan national, une étude française de Blondon *et al* (30) de 2007 montrait que le nombre de consultations à la Salpêtrière entre 1981 et 2002 a plus que triplé. Une revue de la littérature de Chatagner *et al* (31) de 2013 sur le sujet confirme la tendance actuelle.

Ainsi, la consultation via les urgences apparaît comme un accès aux soins privilégié par la population actuelle, il paraît donc justifié d'étudier cette population consultant aux urgences.

2/ L'augmentation des demandes de soin en pédopsychiatrie

La demande de soin est en constante augmentation (32,33). Cela peut être due à une hausse de la prévalence des troubles en santé mentale chez les enfants et les adolescents. Cependant, cette affirmation est difficile à objectiver et il n'existe, à notre connaissance, aucune étude permettant de l'affirmer. Il est souvent mis en avant une augmentation du nombre de pathologies comme les troubles de l'attention/hyperactivité ou les troubles du spectre de l'autisme mais il est difficile de faire la part entre une réelle augmentation et une meilleure connaissance de la pathologie par la population et les professionnels augmentant ainsi le nombre de diagnostics. En revanche, il est constaté une augmentation des sollicitations notamment due au développement des notions de santé mentale positive et de bien-être, à une augmentation des exigences et l'évolution sociétale qui sont à l'origine de plus en plus de demandes sur de nouveaux sujets comme le harcèlement, la radicalisation et à une meilleure prise en compte de certaines pathologies comme l'autisme, les troubles du comportement alimentaire, comme le souligne le rapport sénatorial sur la psychiatrie des mineurs (9) ou Abdoucheli *et al* (34). Par exemple, concernant le sujet des psycho traumatismes, il s'agit d'une problématique de plus en plus rencontrée et prise en compte. En effet, avec les événements récents, notamment terroristes, la prise en charge des psycho traumatismes est de plus en plus mise en avant. Dans les suites des attentats du 13 novembre 2015, un centre national de ressource et de résilience (CN2R) a été créé en 2018, codirigé par le CHU de Lille et l'AP-HP. Dix autres centres ont été désignés comme référents en France. En Gironde, il n'y a pas de centre de référence, et mis à part l'activité du CHU de Bordeaux, il existe le CASPERTT (Centre d'Accueil SPécialisé dans le Repérage et le Traitement des Traumatismes) qui est une unité de consultation située à Lormont, spécifiquement dédiée à la prise en charge des traumatismes psychiques.

Ainsi, même s'il est difficile d'objectiver une hausse des pathologies, la demande de soin est en constante augmentation (32,33).

L'augmentation se retrouve dans la forte croissance du nombre de consultations en psychiatrie infantile-juvénile en France. Dans le domaine public, la file active des patients vus au moins une fois dans l'année augmente depuis des décennies. Selon la mission santé et bien-être de 2016 (17), l'augmentation serait de +80% entre 1991 et 2003, +200% entre 1986 et 2000. Celle-ci se serait poursuivie dans une période récente (+22% entre 2007 et 2014), même si elle s'atténue depuis 2012 (+3% entre 2012 et 2014). Ainsi en 2014, le nombre d'enfants suivis dans le secteur public serait d'environ 530 000. Il faut ensuite ajouter à cela les enfants suivis en libéral. Comme souligné précédemment, il est difficile de mesurer les soins en psychiatrie. En effet, un article de statistiques de 2004 constatait déjà que le recours auprès de l'ensemble du système de soins s'accroît partout où il a pu être mesuré (secteurs, ville). L'augmentation avait été évaluée à 56 % pour le nombre de personnes suivies par les secteurs de psychiatrie en dix ans (de 1989 à 1999) et à 19,4 % pour le nombre de consultations par les psychiatres de ville entre 1992 et 2001 (35).

La réelle problématique n'est pas l'augmentation des demandes en soi mais l'absence d'augmentation, en contrepartie, du nombre de structures d'accueil. En effet, selon la mission bien-être et santé (17), le nombre de structures dévolues à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, qu'elles soient associatives, privées, hospitalières, hospitalo-universitaires ou médico-sociales n'a pas augmenté ces dernières années avec une augmentation du nombre d'actes. On note seulement le nombre de CMP qui a légèrement progressé entre 2011 et 2014, passant de 1 453 à 1 467 structures (+1%) (9).

Ainsi, le nombre de soins est en augmentation, il serait intéressant de voir s'il en est de même aux urgences.

3/ Les difficultés d'accès aux soins de pédopsychiatrie

Le constat de difficultés d'accès aux soins psychiatrique est récurrent. En pédopsychiatrie, la précocité de la prise en charge est déterminante, ainsi ces difficultés sont donc pour les mineurs une perte de chance conséquente.

Plusieurs constats peuvent être faits :

La baisse du nombre de pédopsychiatres : il existe depuis quelques années une chute importante du nombre de pédopsychiatres comme en témoigne le dernier rapport sénatorial sur la pédopsychiatrie (9) ou la mission santé et bien-être (17). Le nombre de pédopsychiatres a été divisé par deux entre 2007 et 2016 selon le Conseil national de l'ordre des médecins (36), avec une baisse de 48,2%. De surcroît, l'âge moyen des médecins est de 62 ans. Ainsi, si le nombre de psychiatres tend à s'accroître dans la période récente (+ 4 % entre 2012 et 2015), en raison d'un effort de formation accentué, il en va différemment du nombre de pédopsychiatres. La pédopsychiatrie n'est pas une spécialité à part entière mais est une branche de la psychiatrie. Le nombre de PUPH de pédopsychiatrie est très insuffisant en France, seulement 32 en 2016. Le taux d'encadrement tombe à 1 universitaire pour 63,3 internes ce qui est extrêmement bas (en neurologie il y a environ 1 universitaire pour 3.6 internes).

La saturation des dispositifs d'accueil. Cette problématique rejoint celle du paragraphe précédent avec une augmentation des demandes rendant les délais d'attente pour des premières consultations en CMP très longs. Selon la mission bien-être et santé (17), en 2014, la durée d'attente déjà importante, a été multipliée par deux dans tous les lieux de soins psychiatriques pour les enfants et les adolescents.

Une pénurie de lits à l'hôpital. Le secteur hospitalier est aussi à la peine. De toutes les spécialités médicales, la psychiatrie a connu, dans le prolongement du mouvement de désinstitutionalisation, le rythme de fermeture de lits le plus important depuis les années 1980, même si les tendances récentes sont à une nouvelle hausse en réponse aux demandes importantes. En effet, le nombre de journées d'hospitalisation d'enfants et d'adolescents à temps complet a connu une augmentation de 10% entre 2012 et 2014 (17). Cette augmentation est encourageante et doit être poursuivie.

Une mauvaise répartition de l'offre de soin. En effet, les pédopsychiatres sont certes en baisse mais selon le rapport du Sénat de 2017 (1) ce sont surtout les inégalités territoriales de couvertures qui posent un problème. Selon le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) dans son évaluation du plan psychiatrie et santé mentale (2011-2015) (19), la densité moyenne est de 15,1 pédopsychiatres pour 100 000 jeunes de moins de 20 ans, avec une variation de moins de 4 pour les départements les moins dotés (Pas-de-Calais, Corse du Sud, Eure) à 23 dans les départements les mieux dotés (Gironde, Alpes-Maritimes, Côte-d'Or, Drôme, Pyrénées-Atlantiques, Calvados), une des offres de soins les plus faibles d'Europe. Aux inégalités territoriales s'ajoutent celles causées par les difficultés financières d'accès aux prises en charge pour les familles moins aisées.

Ainsi, l'offre de soin en pédopsychiatrie peut être, dans certains cas, en difficultés faisant des urgences un acteur de première ligne. Étudier la population venant aux urgences permettrait de mieux les identifier.

4/ Les relations entre prise en charge par des équipes sociales et pathologies psychiatriques

De nombreuses études ont étudié les caractéristiques psychologiques des enfants impliqués dans la protection de l'enfance. Cette population est décrite très régulièrement comme étant à haut ou très haut risque de pathologie mentale et de souffrance psychique.

Premièrement, de nombreuses études se sont intéressées aux caractéristiques psychologiques des adultes ayant eu des rapports avec la protection de l'enfance (37). En France, Dumaret *et al* (38) soulignaient que 38% d'anciens enfants placés présentaient des difficultés d'ordre psychosomatique. Certaines recherches montraient également le lien entre la santé et l'adaptation à l'âge adulte chez les ex-placés. Andersson *et al* (39) en 2004 montrait que 27% des sujets sortis d'un foyer sont mal adaptés; tous suivis par un psychologue ou un psychiatre, ils présentaient à la fois des comportements déviants et des troubles psychiatriques. Dumaret *et al* (38) indiquaient que les 32% de sujets d'ex-placés dont l'insertion actuelle est faible ou fragile avaient tous des problèmes psychiques.

Concernant les études sur les enfants placés, une revue de la littérature sur le sujet de Oswald *et al* (40) de 2010 retrouvait que entre 36 et 61 % des enfants placés présentaient des troubles du comportement. Dans cette même revue de la littérature, il était résumé que les études comparatives retrouvaient chez les enfants placés d'avantage de troubles de l'attention, de troubles du comportement, de symptômes dépressifs ou anxieux avec 10% ayant déjà fait une tentative de suicide. De plus, les enfants placés avaient significativement plus de suivis spécialisés (40).

Un article de Martin *et al* de 2017, étudiant les caractéristiques des enfants pris en charge par l'ASE dans les Bouches du Rhône, décrivait que 17% des enfants étaient suivis par un psychiatre, 42% par un psychologue (41). Un article américain de Pilowski *et al* (42) de 2006 retrouvait également que les adolescents placés avaient plus de pathologies psychiatriques que les autres. Des études européennes ont fait le même constat (43,44). Ces enfants ont, de surcroît, un accès insuffisant aux soins et une utilisation peu appropriée des dispositifs spécialisés (45,46).

Les enfants impliqués dans la protection de l'enfance ont donc significativement plus de problèmes d'ordre psychiatrique que les autres. Dans le sens inverse, il serait donc intéressant de savoir quel pourcentage d'enfants est concerné par la protection de l'enfance dans la population de pédopsychiatrie, population plus facile à identifier aux urgences.

5/ Les études concernant les difficultés sociales chez les enfants consultant aux urgences pédiatriques pour motif pédopsychiatrique.

À notre connaissance, il n'y a pas d'étude bordelaise qui étudie les enfants consultant pour un motif de pédopsychiatrie aux urgences pédiatriques. Concernant la littérature sur le pourcentage d'enfants ayant des rapports avec des services sociaux dans la population pédopsychiatrique, plusieurs études ont été réalisées.

Pour commencer, sur le plan national, dans une thèse de psychiatrie faite par Dr Cautenet en 2015 (47) qui étudiait les enfants venus aux urgences pédiatriques pour un motif psychiatrique au CHU de Nancy sur l'année 2003 et 2013, il était retrouvé que 33% en 2003 puis 35.8% en 2013 des enfants venus pour un motif psychiatriques avaient des contacts avec l'ASE. Dans la même ville, une étude du Dr Ferrand pour sa thèse de médecine générale (48) qui étudiait les enfants ayant consultés plusieurs fois (consultations multiples) aux urgences pédiatriques du CHU de Nancy entre 2010 et 2012 pour motif pédopsychiatrique, montrait que 37% des enfants ayant consultés plus d'une fois aux urgences étaient sous la protection de l'ASE. Dans la population consultant à deux reprises, ils étaient 33% alors qu'ils représentaient 53% de la population consultant au minimum à trois reprises. De plus, une autre étude de 2016 du CHU de Nantes du Dr Cohen *et al*. (49) qui étudiait les caractéristiques des adolescents venus aux urgences pédiatriques pour une agitation retrouvait que 56% des adolescents avaient des contacts avec l'Aide sociale à l'Enfance. Dans le même thème des consultations multiples, une étude de 2006 de Zebiche *et al* (50) de Montpellier, qui étudiait les adolescents ayant consultés plus de

quatre fois aux urgences pédiatriques pour trouble du comportement, suggérait que 87.5% des 8 adolescents étudiés vivaient en foyer. Enfin, dans une étude 2015 de Chatagner *et al.* (51), multicentrique qui comparait les adolescents consultants dans différents centres de consultation en urgence et ceux ayant des consultations programmées, il était retrouvé que les adolescents consultants en urgence bénéficiaient presque deux fois plus que les autres d'une prise en charge judiciaire, civile, pénale ou administrative (24% contre 14 %). Dans le même thème, un article français de 2008 de Brest de Richard *et al* (52) qui analysait les caractéristiques des enfants étant en liste d'attente pour une hospitalisation dans un service d'hospitalisation à plein temps de psychiatrie infanto-junénille, retrouvait que 42% des enfants hospitalisés étaient des enfants pris en charge par l'ASE.

Ensuite, sur le plan international, une étude de 2007 américaine de Goldstein *et al* (30) montrait que 38% des enfants consultants aux urgences pour motif pédopsychiatrique étaient en contact avec les services de protection de l'enfance. Un article canadien de Kennedy *et al* (53) de 2009 retrouvait un taux à 22,7% d'enfants ayant des contacts avec les services sociaux. Pour résumer, une revue de la littérature de Chatagner *et al* (31) de 2013 sur les enfants vus aux urgences pédiatriques pour motif psychiatrique retrouvait des pourcentages entre 22,7 et 43 d'enfants suivis par l'ASE.

Sur le plan ambulatoire, le rapport sur les CMPP de Nouvelle-Aquitaine fait pour l'ARS en 2016, rapporte qu'au moins 12% des enfants accompagnés par les CMPP bénéficient parallèlement d'une mesure de protection de l'enfance. Dans les deux tiers des cas signalés, les enfants concernés étaient suivis dans le cadre d'une AED ou d'une AEMO, le tiers restant fait l'objet d'un placement.

Ainsi, plusieurs études ont été réalisées sur le sujet mais aucune à Bordeaux. Notre étude permettrait de connaître la population bordelaise venant aux urgences pédiatriques pour motif psychiatrique mais également de comparer les enfants venant pour un motif pédopsychiatrique ayant des difficultés sociales avec ceux n'ayant pas de difficultés sociales.

III/ Questions de recherche

Quel est le pourcentage d'enfant ayant des difficultés sociales parmi les enfants consultants pour un motif se rapportant à la santé mentale aux urgences pédiatriques ? Et quelles sont les caractéristiques de ces enfants par rapport aux enfants consultants pour un motif se rapportant à la santé mentale aux urgences pédiatriques n'ayant pas de difficultés sociales relevées ?

IV/ Objectifs de l'étude

1/ objectif principal

L'objectif principal de l'étude est d'estimer le pourcentage d'enfants ayant des difficultés sociales (définies par le fait d'avoir été l'objet ou d'avoir une enquête sociale en cours), parmi les enfants consultants aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux pour un motif en rapport avec la santé mentale.

2/ objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont de :

- Déterminer le nombre d'enfants consultants aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux, en 2016, pour un motif en rapport avec la santé mentale.
- Étudier les caractéristiques épidémiologiques des patients consultants aux urgences pédiatriques en 2016 pour un motif psychiatrique tels que l'âge, le sexe, la composition familiale, la scolarité, le type de pathologie, les antécédents des patients.
- Étudier les caractéristiques des parents à la recherche d'un comportement parental inadapté pouvant favoriser les problèmes des enfants notamment leurs antécédents psychiatriques, un statut socio-économique précaire, la consommation de drogue ou alcool, ou des antécédents de difficultés sociales également.
- Déterminer le pourcentage d'enfants ayant fait l'objet d'une évaluation par l'équipe de pédopsychiatrie de liaison parmi eux.
- Déterminer les caractéristiques des enfants, leur famille, la symptomatologie qu'ils présentent, les caractéristiques de leur passage selon que des difficultés sociales ont été relevées ou non antérieurement ou au moment de leur passage.

MATERIEL ET METHODES

I/ Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle monocentrique rétrospective, effectuée au sein du CHU de Bordeaux menée sur des données d'enfants venus aux urgences sur l'année 2016 puis suivis jusqu'en novembre 2018.

II/ population d'étude

La population d'étude est l'ensemble des enfants ayant consultés aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux du 1er janvier au 31 décembre 2016 pour un motif psychiatrique ou ayant nécessité l'intervention de l'équipe de pédopsychiatrie.

Le motif psychiatrique défini est tout item ayant un rapport avec la santé mentale. Les motifs d'admission pour cause médicale en dehors des causes psychiatriques ont été définis comme somatiques.

Les critères d'inclusion étaient :

- avoir consulté aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux entre le 01/01/16 et le 31/12/16 ;
- pour un motif psychiatrique ou un motif pour lequel l'équipe de liaison de pédopsychiatrie a été sollicitée

Les critères d'exclusion étaient :

- avoir un motif d'entrée somatique et pour lequel l'équipe de psychiatrie n'a pas été sollicitée
- avoir été vu par l'équipe de psychiatrie sans présentation préalable aux urgences
- avoir un motif d'entrée somatique aux urgences pour lequel le psychologue du service a été appelé

III/ critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est la présence de toute intervention sociale, avant le premier passage de 2016, comprenant :

Les mesures de protection administrative. Elles regroupent la présence d'une information préoccupante écrite au sujet de l'enfant. Il peut s'agir d'une procédure en cours, ou d'une notion d'information préoccupante écrite dans le dossier sans que les conséquences de celle-ci ne soient connues, la mise en place d'une aide éducative à domicile (AED), la présence d'une technicienne de l'intervention sociale et familiale (TISF).

Les mesures de protection judiciaire. Elles regroupent la décision d'un placement dans un foyer, la présence d'une action éducative en milieu ouvert (AEMO) ou la présence d'un signalement au procureur de la république qu'il s'agisse d'une procédure en cours, ou d'une notion de signalement écrite dans le dossier sans que les conséquences de celui-ci ne soit connues.

Les différentes mesures de protection ont été définies dans l'introduction de cette thèse.

IV/ Mode de recueil et données recueillies

Les données ont été recueillies de façon rétrospective dans les dossiers informatisés sur le logiciel Dx Care du CHU de Bordeaux.

Pour les enfants ayant fait plusieurs passages en 2016 entrant dans les critères d'inclusion, il a été décidé de recueillir les données sur le premier passage. Les données recueillies sont les suivantes :

- Caractéristiques générales des enfants au moment du premier passage :
 - Age en années.
 - Sexe.
 - Lieu de vie. Cinq catégories ont été créées concernant le lieu de vie principal de l'enfant. Les enfants ont donc été classés selon qu'ils vivaient chez leurs deux parents, chez leur mère ou leur père, qu'ils étaient en garde alternée ou qu'ils ne vivaient pas chez leurs parents.
 - La présence de frères et sœurs ainsi que leur nombre
 - La place de l'enfant dans la fratrie. Il s'agissait de savoir si l'enfant était l'aîné, le plus jeune ou autre.
 - La composition familiale. Quatre catégories ont été faites. Il a été différencié si les deux parents étaient encore en couple, s'il agissait d'une famille monoparentale, si les parents étaient séparés ou si l'enfant n'avait pas de parents à ses côtés.
 - La scolarisation de l'enfant. Les enfants ont été caractérisés comme non scolarisés s'ils n'étaient pas allés à l'école depuis plus d'un mois.
- Caractéristiques du premier passage en 2016 :
 - Le jour d'arrivée.
 - L'heure d'arrivée. L'heure d'enregistrement informatique aux urgences pédiatriques a été prise en compte.
 - Le motif d'admission aux urgences. Les différents motifs ont été regroupés dans ces catégories : idées suicidaires, tentative de suicide, symptômes dépressifs, troubles du comportement, symptômes psychotiques, problème somatique, crise clastique, troubles anxieux. Pour les derniers motifs, ils ont été regroupés dans une catégorie appelée « autres », elle regroupe les admissions pour alcoolisation, anorexie et fugue.
 - Les personnes qui ont adressé l'enfant aux urgences. Huit catégories ont été réalisées. Elles regroupent : les parents, un psychiatre ou psychologue, l'éducation nationale, les institutions sociales, un médecin généraliste ou un pédiatre, un foyer d'accueil, un transfert des autres urgences ou autre. Dans la catégorie « autres », sont retrouvés les patients venus seuls de leur plein grès, ceux amenés par la police nationale ou la gendarmerie.
 - Le nombre de passage aux urgences. Les passages ont été divisés en passage pour motif psychiatrique, pour motif d'origine traumatique ou d'origine somatique, c'est-à-dire d'origine médicale hormis psychiatrique. Le nombre de passages de la naissance jusqu'à novembre 2018 a été analysé.

- Caractéristiques des parents :
 - Les antécédents de pathologie psychiatrique.
 - La consommation déclarée de drogue ou d'alcool.
 - Présence ou non d'un casier judiciaire.
 - Présence ou non d'un emploi.

Pour le recueil de données des parents, les données non précisées (par exemple consommation d'alcool régulière) ont été considérées comme manquantes en cas d'absence de paragraphes sur les parents, mais considérées comme non présentes en cas de paragraphe détaillant le mode de vie des parents.

- Caractéristiques psychiatriques des enfants :
 - Les antécédents psychiatriques connus. Il s'agit des antécédents déclarés par l'enfant ou ses proches, ou antécédents retrouvés dans les dossiers du CHU.
 - Suivi en place ou non au moment du passage (suivi psychologique ou psychiatrique).
 - Si oui, le type de suivi. Il a été divisé en 4 catégories qui sont un suivi dans les structures publiques en ville (CMP, CMPP), un suivi à l'hôpital, ou encore un suivi chez un psychiatre ou une psychologue en libéral.
 - Lieu du suivi. Il s'agit du lieu de suivi si un suivi est en place ou du lieu du dernier suivi connu.
 - Le traitement psychiatrique :
 - Antécédent de traitement psychiatrique. Ont été inclus tous les enfants ayant déclarés la prise d'un traitement, qu'il soit encore en place ou pas.
 - Traitement en place au moment du passage.
 - Nombre de molécules prises par les enfants au moment du passage ainsi que leurs classes et leurs noms.
 - L'évolution de ce traitement au décours du passage (nouveau traitement introduit, traitement changé ou laissé à l'identique).
 - Le type de pathologie psychiatrique suspectée. Les pathologies ont été divisées en catégories qui sont : les troubles anxieux, de l'humeur, du comportement alimentaire, les troubles du comportement qui comprennent les TDAH, les troubles psychotiques et une catégorie « autres » pour les autres pathologies psychiatriques ou celles non étiquetées.
 - Savoir si les patients ont été vus par une équipe de pédopsychiatrie et si non définir pourquoi. Pour les patients n'ayant pas été vus par l'équipe de pédopsychiatrie du CHU, 5 catégories définissant les raisons ont été réalisées : pas de raison médicale d'appeler, patient vu par le psychologue du service, l'équipe de pédopsychiatrie a été appelée mais ne s'est pas déplacée, patient parti sans soin ou autre raison.

- Caractéristiques sociales des enfants :
 - Les antécédents de prise en charge sociale. Il s'agit de toute intervention d'une équipe sociale ou procédure judiciaire en cours était considérée comme une prise en charge sociale.
 - Les différentes interventions sociales. Huit catégories ont été réalisées selon les définitions citées en introduction. Ainsi, les placements, l'AEMO, l'accueil provisoire, l'AED, les liens PMI (définis par la réalisation d'un ou plusieurs appels à la PMI), les signalements et les informations préoccupantes en cours d'évaluation ou dont les aboutissants ne sont pas connus ont été différenciés. La dernière catégorie a été appelée "autres" et regroupe les cas ne rentrant pas dans les autres cases.
 - Le type de l'intervention sociale. Huit catégories ont été divisées en fonction du type de prise en charge : judiciaire ou administrative.
 - La recherche d'une intervention sociale également chez les frères et sœurs.
 - La recherche de l'intervention d'une équipe sociale au décours du 1er passage aux urgences. Il s'agit de toute intervention de notre équipe sociale ou mise en relation avec une équipe sociale à l'extérieure, que les enfants aient des antécédents sociaux ou non.
 - Les différentes interventions de notre équipe sociale au décours du 1er passage ont été classées en 3 catégories : le signalement, l'information préoccupante ou le lien avec des assistantes sociales de l'extérieur. Ce lien regroupe les appels réalisés à la PMI dont dépend l'enfant, ainsi que tout appel à des structures ayant une prise en charge sociale, que l'enfant soit déjà connu de celles-ci ou non. De plus, si un signalement ou une information préoccupante a été réalisé lors de l'hospitalisation en psychiatrie qui découle du passage aux urgences, il a été comptabilisé dans cette catégorie. Ainsi, toutes ces procédures n'ont pas forcément été réalisées par l'équipe sociale des urgences pédiatriques.
 - La recherche d'une intervention sociale après le 1er passage de 2016 et jusqu'en novembre 2018. Il s'agit seulement des interventions réalisées par le CHU.
- Caractéristiques de l'hospitalisation :
 - Taux d'hospitalisation. Le taux d'hospitalisation de la population de l'échantillon a été recueilli ainsi que le taux global d'hospitalisation des urgences pédiatriques de Bordeaux sur l'année 2016.
 - Durée d'hospitalisation. Il a été recueilli la durée d'hospitalisation en médecine en jours puis en psychiatrie si elle a eu lieu.

V/ analyse statistique des données

Le logiciel SAS (SAS version 9.4, SAS Institute Inc, Cary, Caroline du Nord, États-Unis) a été utilisé pour l'analyse des données. Les données qualitatives ont été décrites en pourcentage, pour les données quantitatives, la médiane et l'espace inter quartile (IQR) ont été rapportés.

Les variables ont d'abord été comparées en univarié selon le fait d'avoir déjà eu ou non des difficultés sociales définies par le fait d'avoir été l'objet ou d'avoir une enquête sociale en cours. Pour être plus précis, les enfants qui n'avaient jamais eu de contact avec une assistante sociale ou les services sociaux avant le premier passage en 2016 ni au décours de ce premier passage de 2016, ont été considérés comme n'ayant pas de difficultés sociales. Au contraire, les enfants qui avaient déjà été en contact avec une équipe sociale avant le premier passage de 2016 ou au décours de celui-ci, ont été déclarés comme ayant des antécédents sur le plan social. Les enfants pour lesquels les données sociales n'étaient pas connues avant le passage de 2016 et/ou au décours de celui-ci, n'ont pas été inclus, soit 14 patients. L'échantillon retenu était donc de 400 enfants. Le test de Fisher ou le test χ^2 selon les conditions d'application du test ont été utilisés pour comparer les variables qualitatives. Le test de Mann et Whitney/Wilcoxon a été utilisé pour comparer les variables quantitatives.

Une analyse multivariée avec régression linéaire a ensuite été réalisée. La variable était le fait d'avoir ou non des difficultés sociales définies par le fait d'avoir été l'objet ou d'avoir une enquête sociale en cours et comme variables explicatives les caractéristiques de l'enfant (âge, sexe, antécédents), les caractéristiques familiales (statut marital des parents, nombre de frère et sœur), le type de symptôme psychiatrique. Tout d'abord l'ensemble des variables explicatives ont été introduites dans le modèle (modèle complet). Lorsque deux variables étaient très fortement corrélées, l'une des variables a été choisie. Puis une procédure descendante manuelle a été réalisée pour ne conserver dans le modèle que les variables significatives (modèle réduit).

VI/ mention légale et éthique

Une déclaration auprès du représentant CNIL du CHU de Bordeaux a été réalisée.

Hors loi Jardé, cette étude ne nécessite pas d'avis d'un comité de protection des personnes.

VII/ recherches bibliographiques

La bibliographie a été établie à l'aide des moteurs de recherche PubMed via la plateforme ENT (Environnement Numérique de Travail) de l'université de Bordeaux.

La liste des références a été réalisée à l'aide du logiciel Zotero (version 5.0.55) et classifié selon la norme Vancouver.

RESULTATS

I/ DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

414 patients ont été inclus.

1/ Les caractéristiques de l'échantillon sur le premier passage en 2016 aux urgences

A/ Caractéristiques sociales des patients

Les données recueillies sur les données sociales des patients sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Caractéristiques sociales des patients au moment du premier passage de 2016.

VARIABLE	EFFECTIF	POURCENTAGE	DONNEES MANQUANTES
INTERVENTION EQUIPE SOCIALE AVANT LE PREMIER PASSAGE DE 2016			14
Non	267	66,75	
Oui	133	33,25	
NATURE DE L'INTERVENTION SOCIALE AVANT 2016			2
Placement	54	41,22	
Signalement*	10	7,63	
IP**	6	4,58	
AEMO	17	12,98	
Accueil provisoire	6	4,58	
AED	32	24,43	
Lien PMI	3	2,29	
Autres***	3	2,29	
TYPE INTERVENTION			0
Administrative	46	34,59	
Judiciaire	87	65,41	
INTERVENTION SOCIALE CHEZ FRERE OU SŒUR			117
Oui	20	6,73	
Non	277	93,27	
INTERVENTION EQUIPE SOCIALE AU DECOURS DU 1ER PASSAGE DE 2016			0
Non	320	77,29	
Oui	94	22,71	
NATURE DE L'INTERVENTION SOCIALE AU DECOURS DU 1ER PASSAGE DE 2016			7
Signalement	18	20,69	
IP	23	26,43	
Lien avec des assistantes sociales de l'extérieur	46	52,88	

*Il s'agit soit d'une procédure de signalement qui est en cours, soit une notion de signalement écrite dans le dossier sans que les conséquences de celui-ci ne soient connues.

**Comme pour le signalement, l'information préoccupante n'étant pas une procédure sociale définitive, les enfants classés dans cette catégorie le sont en cas de notion d'information préoccupante réalisée sans que les conséquences de celles-ci ne soient connues.

***Il s'agit d'une notion d'intervention de l'ASE sans qu'aucun autre détail ne soit donné pour un enfant, pour un autre il y avait notion d'une enquête sociale demandée par le juge des affaires familiales pour un mode de garde lors d'un divorce et pour le troisième, il s'agit d'une notion de suivi par une assistante sociale dans le cadre d'une déscolarisation sans autres détails.

B/ Age :

Les enfants étaient âgés de 1 à 17 ans avec un âge médian de 13 ans et un espace interquartile de [Q1-Q3] : [11,00-14,00], sans données manquantes. La répartition des patients selon leur âge et leur sexe est décrite selon le graphique ci-dessous :

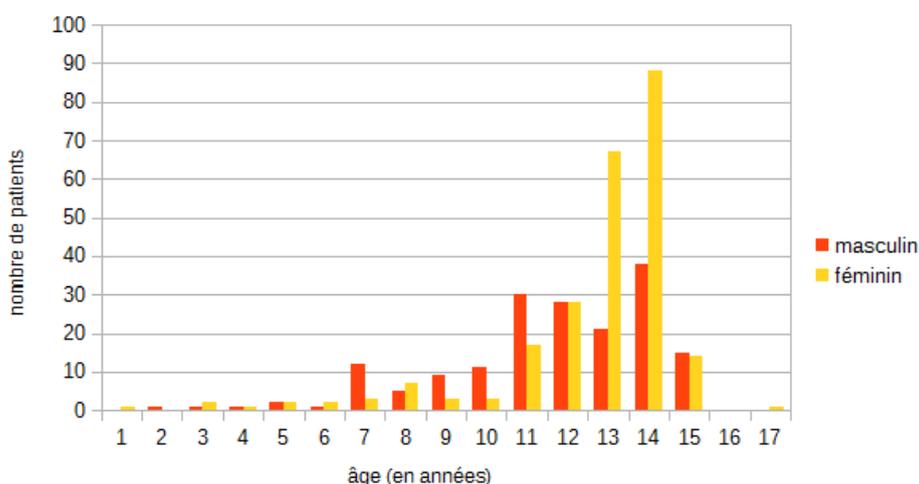


Figure 1 : Répartition des patients selon leur âge et leur sexe (n=414).

C/ Caractéristiques générales des enfants :

Les autres caractéristiques sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Caractéristiques des enfants inclus (n = 414)

VARIABLE	EFFECTIF	POURCENTAGE	DONNEES MANQUANTES
SEXE			0
Filles	239	57,73	
Garçons	175	42,27	
LIEU PRINCIPAL DE VIE			23
Chez les 2 parents	151	38,62	
Chez la mère	149	38,11	
Chez le père	25	6,39	
Ne vit pas chez ses parents	47	12,02	
Garde alternée	19	4,86	
COMPOSITION FAMILIALE			25
Deux parents en couple	157	40,36	
Monoparentale	31	7,97	
Parents séparés	199	51,16	
Pas de famille	2	0,51	
PRESENCE DE FRERES ET SOEURS			53
Non	57	15,79	
Oui	304	84,21	
PLACE DANS LA FRATRIE			122
Ainé	117	40,07	
Le plus jeune	111	38,01	
Autre	64	21,92	
SCOLARISÉ*			26
Oui	368	94,85	
Non	20	5,15	

*Sont considérés comme déscolarisés les enfants déscolarisés depuis plus d'un mois

Les enfants avaient un nombre médian de frères et sœurs de 1,00 avec un espace interquartile de [1,00-2,00], mais le nombre de données manquantes était de 57.

D/ Le nombre de passage avant 2016.

Le nombre médian de passage aux urgences pédiatriques des enfants avant l'année 2016, tout motif confondu, est de 1,00 avec un espace interquartile de [0-2,00] avec un maximum de 19 passages. Le nombre médian de passage pour motif psychiatrique, somatique ou traumatologique est de zéro.

E/ Caractéristiques du passage

a/ L'heure du premier passage en 2016.

L'heure d'arrivée moyenne aux urgences pédiatriques est de 15h32 [12h05, 18h51]. La répartition des patients selon leur heure d'arrivée est détaillée dans la figure ci-dessous. Il n'y avait pas de donnée manquante.

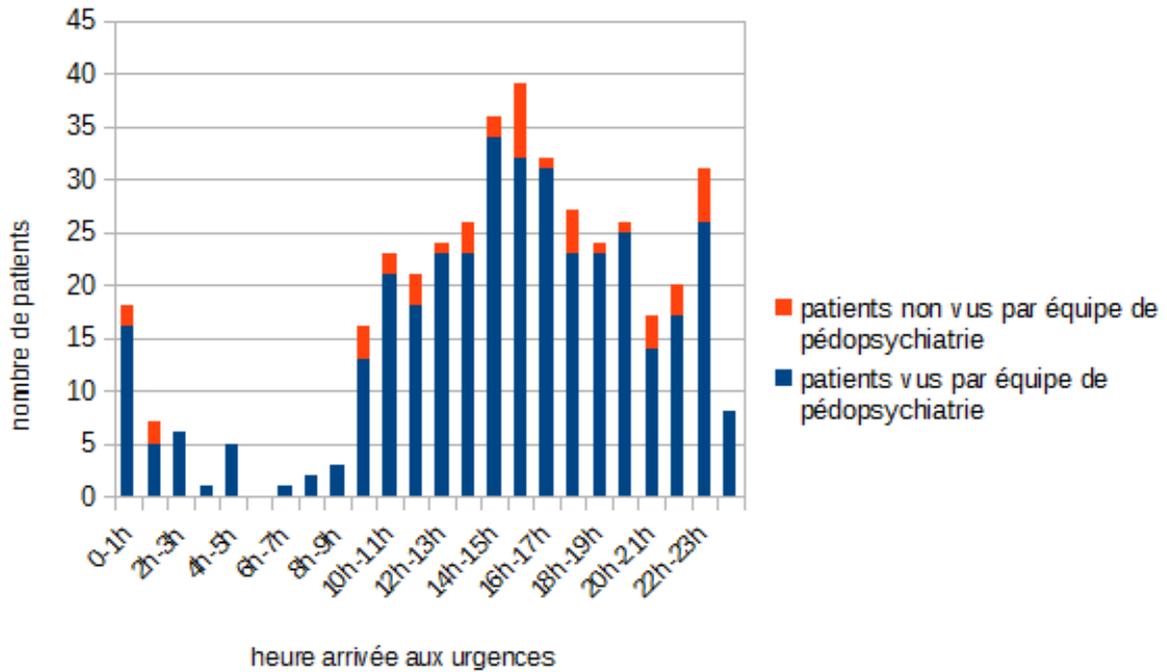


Figure 2 : Répartition des enfants selon leur heure d'arrivée sur le premier passage de 2016.

b/ Personne qui adressait les patients aux urgences sur le premier passage de 2016.

La répartition des personnes qui adressaient les enfants aux urgences est détaillée dans la figure ci-dessous dont une seule donnée manquait pour cet item.

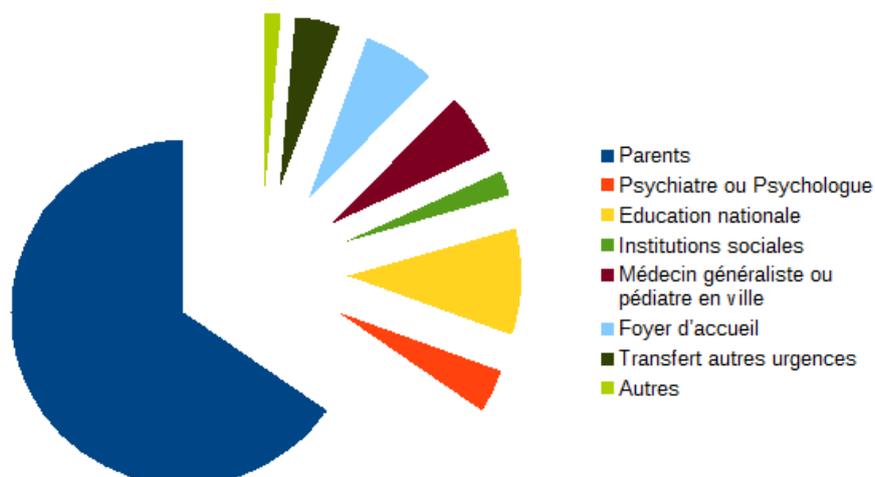


Figure 3 : Répartition des personnes qui adressent les enfants aux urgences (n=413).

c/ Motif de consultation aux urgences sur le premier passage de 2016 :

Les différents motifs de consultation sont détaillés dans le graphique ci-dessous. Il s'agit du motif de venue, c'est à dire du motif écrit sur le cahier d'admission des urgences à l'arrivée aux urgences. Il manquait les données pour un patient.

Motif de consultation aux urgences pédiatriques

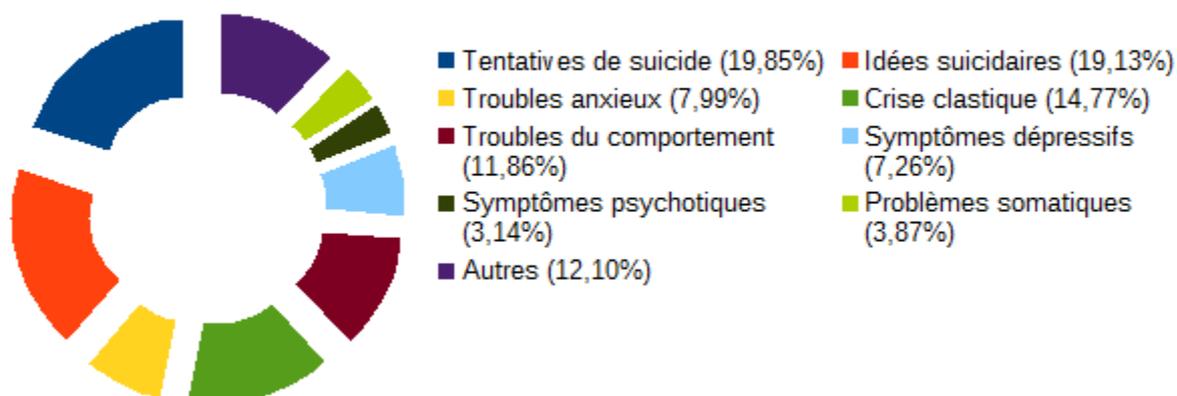


Figure 4 : Motif de consultation aux urgences pédiatriques sur le premier passage de 2016 (n = 413).

F/ Caractéristiques psychiatriques des enfants

a/ La pathologie psychiatrique

265 patients avaient un antécédent de problème psychiatrique connu soit 64,48%. 69 patients, soit 16,91%, avaient déjà été hospitalisés dans un service de psychiatrie. Au moment du premier passage de 2016, les différents types de pathologies suspectées par l'équipe de pédopsychiatrie ou l'équipe médicale des urgences pédiatriques ont été résumés dans le graphique ci-dessous. Il s'agit des pathologies suspectées après l'entretien avec une équipe médicale. Les données manquaient pour 6 patients.

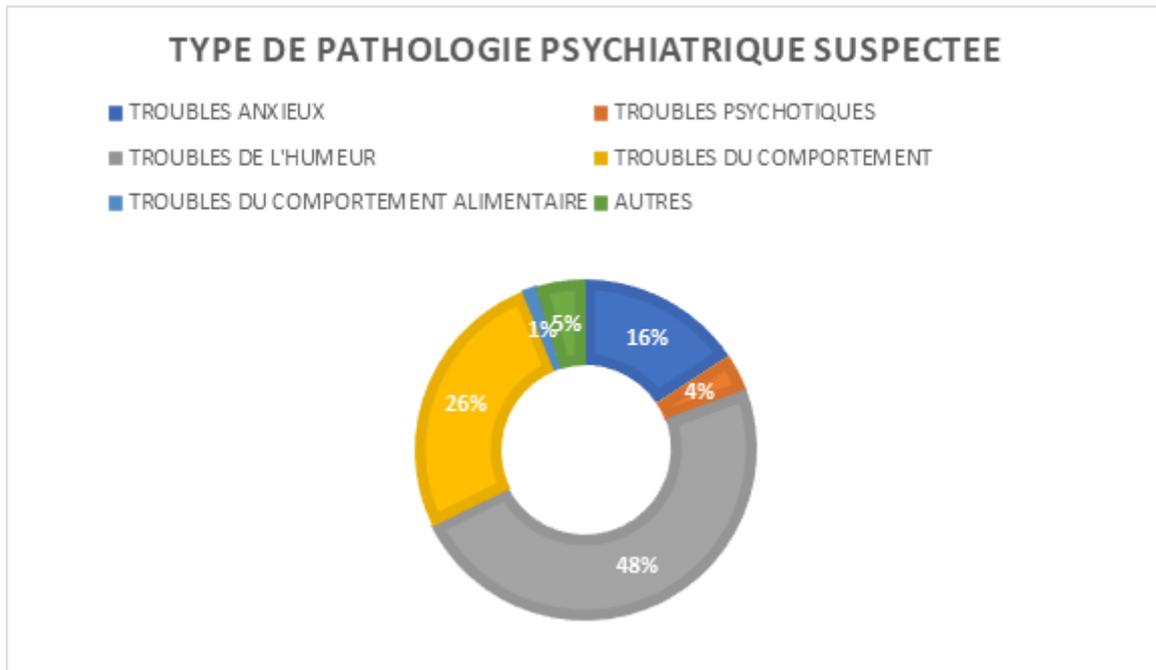


Figure 5 : Type de pathologie psychiatrique suspectée au moment du premier passage (n= 408).

b/ Le suivi psychiatrique

Les caractéristiques du suivi psychiatrique ou psychologique des enfants sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : Caractéristiques du suivi psychiatrique des enfants au moment du premier passage en 2016 (n=414).

VARIABLE	EFFECTIF	POURCENTAGE	DONNEES MANQUANTES
ANTECEDENT DE SUIVI PSYCHIATRIQUE *			1
Oui	283	68,52	
Non	130	31,48	
SUIVI PSYCHIATRIQUE AU MOMENT DU PASSAGE			4
Oui	193	47,07	
Non	217	52,93	
TYPE DE SUIVI PSYCHIATRIQUE AU MOMENT DU PASSAGE			13
Suivi psychologique en place	51	12,72	
Suivi psychiatrique en place	139	34,66	
Suivi psychologique avant 2016 **	29	7,23	
Suivi psychiatrique avant 2016 **	56	13,97	
Aucun suivi	126	31,42	
LIEU DU SUIVI AU MOMENT DU PASSAGE OU AVANT***			17
Structures publiques en ville (CMP, CMPP)	97	24,37	
À l'hôpital	34	8,54	
Psychiatre libéral	79	19,85	
Psychologue libérale	61	15,33	
Pas de suivi	126	31,91	
SUIVI PROPOSE AU DECOURS DU 1ER PASSAGE DE 2016			12
Suivi psychiatrique débuté	136	33,83	
Suivi psychiatrique poursuivi	103	25,62	
Suivi psychologique débuté	46	11,44	
Suivi psychologique poursuivi	8	1,99	
Hospitalisation	103	25,62	
Pas de suivi proposé	6	1,49	
LIEU DU SUIVI PROPOSE AU DECOURS DU 1ER PASSAGE			30
Structures Publiques en ville	190	49,48	
En ville (Psychiatre ou Psychologue libéraux, médecin généraliste)	119	30,99	
A l'hôpital	69	17,96	
Pas de suivi	6	1,57	

*ont été considérés comme ayant un antécédent de suivi les enfants ayant déjà eu un suivi et ceux pour lesquels le suivi était déjà en place, qu'il soit d'ordre psychiatrique ou psychologique.

**il s'agit d'un suivi non en cours, qui n'est pas en place au moment du passage

***il s'agit du principal lieu de suivi déclaré par les enfants ou leurs proches, que le suivi soit en place ou pas. En cas de suivi en place au moment du passage, il s'agit du lieu de suivi actuel. Si les enfants n'avaient pas de suivi au moment du passage, il s'agissait du dernier lieu de suivi. Lorsque plusieurs lieux de suivi ont été déclarés, le lieu de suivi le plus récent a été choisi.

c/ Traitement à visée psychiatrique

Les données recueillies sur le traitement à visée psychiatrique des enfants sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4 : Caractéristiques du traitement psychiatrique au moment du premier passage de 2016.

VARIABLE	EFFECTIF	POURCENTAGE	DONNEES MANQUANTES
ANTECEDENT DE TRAITEMENT A VISEE PSYCHIATRIQUE *			6
Oui	134	32,84	
Non	274	67,16	
TRAITEMENT MEDICAL A VISEE PSYCHIATRIQUE AU MOMENT DU PASSAGE			4
Oui	95	23,17	
Non	315	76,83	
NOMBRES DE TRAITEMENTS CHEZ LES ENFANTS TRAITES AU MOMENT DU PASSAGE			8
Monothérapie	46	50,55	
Bithérapie	31	34,07	
Trithérapie	10	10,99	
Quadrithérapie	3	3,30	
Plus de 5 traitements	1	1,09	
EVOLUTION DU TRAITEMENT AU DECOURS DU 1er PASSAGE AUX URGENCES			5
Pas de traitement médical introduit	198	48,41	
Traitement introduit chez un patient qui n'en avait pas	117	28,61	
Nouveau traitement en plus de celui existant ou changement de posologie	35	8,56	
Traitement laissé à l'identique	59	14,53	

*ont été considérés comme ayant un antécédent de traitement tous les enfants ayant déclarés la prise d'un traitement, qu'il soit encore en place ou pas.

Les différents types de traitement des enfants au moment du passage aux urgences ont ensuite été recueillis. Pour les traitements, il manquait des informations sur 8 enfants.

Un traitement anxiolytique était retrouvé 30 fois dont 7 fois en monothérapie. Les deux principaux traitements à visée anxiolytique utilisés étaient l'Alprazolam (xanax[®]) (9 patients) et l'Hydroxyzine (Atarax[®]) (14 patients) puis des traitements comme le Prazepam (Lysanxia[®]), le Tranxene[®], l'Oxazepam (Seresta[®]) ou l'Etifoxine (Stresam[®]) étaient retrouvés. Lorsqu'il était en bithérapie, le traitement anxiolytique était associé à un neuroleptique (9 fois) ou un antidépresseur (3 fois).

Un traitement neuroleptique a été retrouvé 76 fois dans le traitement des enfants, 26 fois en monothérapie, 3 fois en association avec un autre neuroleptique, 6 fois associé avec un antidépresseur, 2 fois associé un antiépileptique. Pour les autres fois, un neuroleptique était présent dans les trithérapies, les quadrithérapies et chez le patient ayant plus de 5 traitements. Un neuroleptique était systématiquement présent chez les patients ayant plus de trois traitements associés. Les trois principaux neuroleptiques retrouvés étaient le Cyamémazine (Tercian[®]) (33 fois), la Risperidone (Risperdal[®]) (20 fois) et l'aripiprazole (l'Abilify[®]) (16 fois). Ensuite, des traitements comme l'Amisulpride (Solian[®]), la Loxapine (Loxapac[®]), l'Olanzapine (Xyprexa[®]), le Tiapride (Tiapridal[®]) ou l'Halopéridol (Haldol[®]) ont été retrouvés.

Un traitement antidépresseur a été retrouvé 21 fois, 4 fois en monothérapie, 6 fois associé à un neuroleptique et 3 fois à un traitement anxiolytique. Il a également été retrouvé chez les enfants ayant plus de trois traitements. Les principaux traitements antidépresseurs retrouvés étaient la Sertraline (Zoloft[®]) (9 fois) et la Fluvoxamine (Floxyfral[®]) (4 fois), puis de façon plus épisodique l'Escitalopram (Seroplex[®]), la Paroxétine (Deroxat[®]) et la Fluoxétine.

Un traitement antiépileptique à visée psychiatrique a été utilisé 10 fois, dont 3 fois en monothérapie. Il était le plus souvent associé à un anxiolytique (3 fois), à un neuroleptique (2 fois). Les principales

molécules retrouvées étaient le Valproate (Depakine[®]) (4 fois), et la Carbamazépine (Tegretol[®]) (4 fois). Sinon, on retrouvait la Lamotrigine (Lamictal[®]).

Un traitement psychostimulant (le méthylphénidate sous le nom commercial de Ritaline[®] Quasym[®] Concerta[®] ou Medikinet[®]) a été retrouvé 11 fois, 5 fois en monothérapie. Sinon ils étaient la plupart du temps associés à un neuroleptique en bi ou trithérapie.

Un traitement hypnotique a été retrouvé 5 fois dont une fois en monothérapie. Il s'agissait du Zopiclone (Imovane[®]) 2 fois et du Zolpidem (Stilnox[®]) 3 fois. Un traitement thymorégulateur a été retrouvé 3 fois, il s'agissait du Valpromide (Depamide[®]).

G/ L'hospitalisation

Après leur premier passage aux urgences pédiatriques en 2016, 198 patients soit 47,83% ont été hospitalisés en médecine dans un service de pédiatrie au décours. Par la suite, 103 patients soit 25,62% ont été hospitalisés dans un service de psychiatrie. La médiane de la durée d'hospitalisation en médecine est de 2 jours [1,00, 4,00] avec un minimum d'un jour et un maximum de 17 jours. Pour les hospitalisations en service de pédopsychiatrie, la médiane est de 14 jours [8,00, 25,5] avec un minimum de 1 jour et un maximum de 89 jours. Les données étaient manquantes pour 7 patients.

H/ Caractéristiques des parents

Les différentes variables recueillies sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Caractéristiques des parents (n=414).

VARIABLE	EFFECTIF	POURCENTAGE	DONNEES MANQUANTES
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES DECLARES			123
Oui	62	21,31	
Non	229	78,69	
CONSOMMATION ALCOOL OU DROGUE DECLAREE			134
Oui	12	4,29	
Non	268	95,71	
CRIMINALITE			133
Oui	10	3,56	
Non	271	96,44	
PERE POSSEDE UN EMPLOI			186
Oui	199	87,28	
Non	29	12,72	
MERE POSSEDE UN EMPLOI			155
Oui	203	78,38	
Non	56	21,62	

2/ Caractéristiques de l'échantillon sur toute l'année 2016

A/ Nombre de passage sur l'année 2016

Sur l'année 2016, il y a eu 523 consultations pour motif psychiatrique aux urgences pédiatriques sur 41053 passages, ce qui représente 1,27% des consultations

Pour l'année 2016, le nombre médian de passage total pour les enfants est de 1,00 avec un espace interquartile de [1,00-2,00] avec un maximum de 15 passages. Le nombre médian de passage pour motif psychiatrique est de 1,00 avec un espace interquartile de [1,00-2,00] avec un maximum de 8 passages. Le nombre médian de passage pour motif somatique ou traumatologique est de zéro.

La répartition du premier passage aux urgences de 2016 selon les différents mois de l'année est résumée sur le graphique ci-joint. Il n'y avait pas de données manquantes.

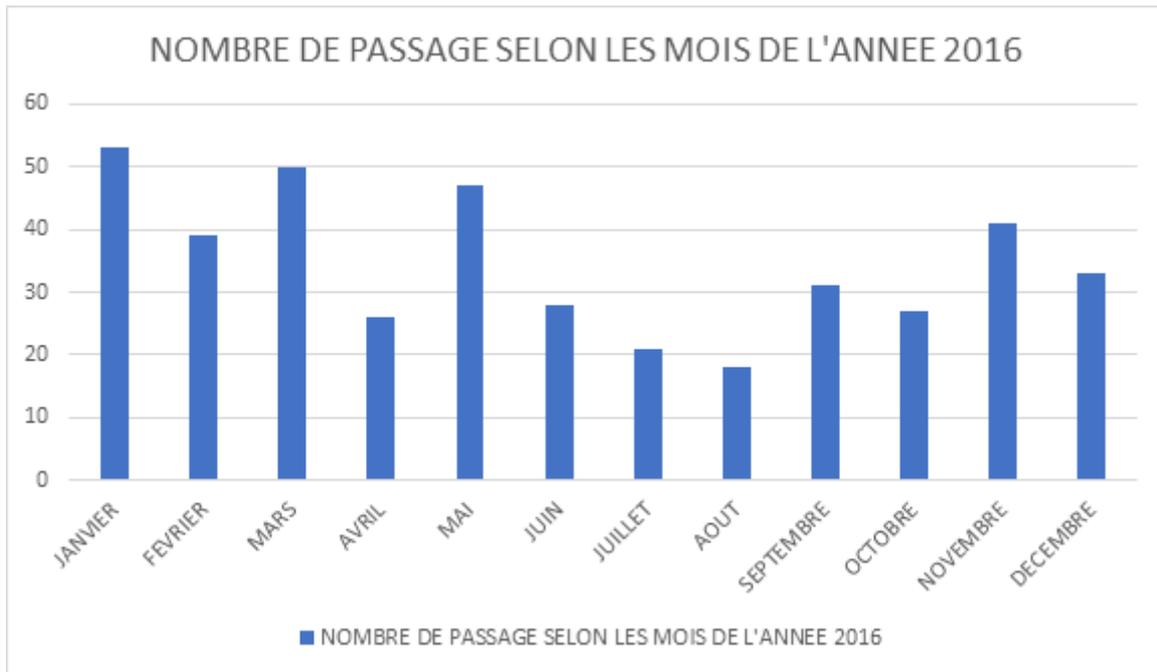


Figure 6 : Répartition du premier passage de 2016 de chaque enfant selon le mois de l'année (n=414).

B/ Les enfants vus par l'équipe de pédopsychiatrie

Les enfants ont été vus par l'équipe de pédopsychiatrie sur l'année 2016 au moment de leur passage avec une médiane de 1,00 fois [1,00;1,00] et un maximum de 7 fois.

La répartition du nombre de fois qu'ils ont été vus par l'équipe de pédopsychiatrie sur l'année 2016 est détaillée dans le graphique ci-joint. Il n'y avait pas de données manquantes. Il y a eu en tout, en 2016, 523 évaluations par l'équipe de pédopsychiatrie.

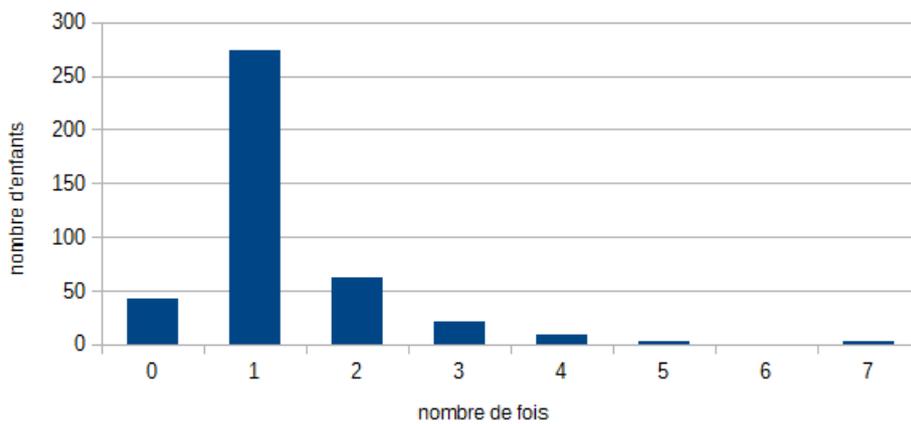


Figure 7 : Répartition du nombre de fois où les enfants ont été vus par équipe de pédopsychiatrie en 2016 (n=414).

Sur les 414 patients, 43 n'ont pas été vus par l'équipe de pédopsychiatrie soit 10,3 %. Les différentes raisons sont détaillées dans le graphique ci-dessous. Il n'y avait pas de données manquantes.

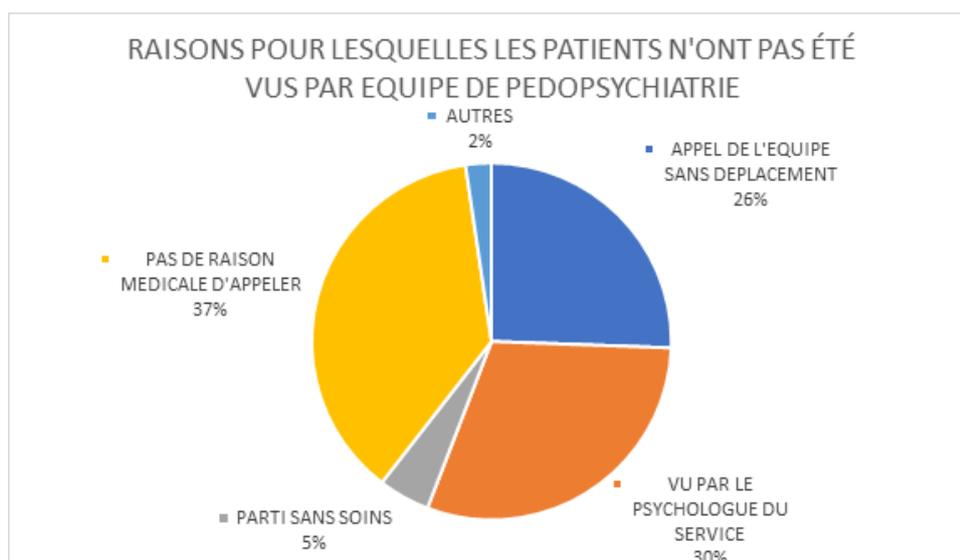


Figure 8 : Raisons pour lesquelles les patients n'ont pas été vus par l'équipe de pédopsychiatrie sur l'année 2016.

3/ Caractéristiques de l'échantillon en 2017/2018

A/ Nombre de passages

Il s'agit du nombre de passage des enfants de la naissance à la fin du recueil, soit novembre 2018. La médiane du nombre de passage aux urgences pédiatriques est de 2,00 passages [1,00, 5,00] avec un minimum de 1,00 passage et un maximum de 29 passages. La médiane pour un nombre de passage pour un motif psychiatrique est de 1,00 passage [1,00, 2,00] avec un maximum de 21 passages. Les médianes du nombre de passage pour un motif somatique et traumatologique sont de 0.

B/ Intervention sociale depuis le premier passage de 2016 et jusqu'à novembre 2018.

Les données sur une éventuelle intervention sociale après le premier passage sur l'année 2016 et sur les années 2017/2018, jusqu'en novembre 2018, période du recueil ont été recueillies. La présence d'une intervention au décours du premier passage n'a pas été comptabilisée dans ces résultats. Il s'agit des données recueillies par les médecins hospitaliers dans les dossiers du CHU. Les différents chiffres ont été détaillés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 6 : Intervention sociale après le premier passage de 2016 (n=414).

VARIABLE	EFFECTIF	POURCENTAGE	DONNEES MANQUANTES
INTERVENTION SOCIALE APRES 1ER PASSAGE DE 2016 ET JUSQU'EN NOVEMBRE 2018			0
Non	377	91,06	
Oui	37	8,94	
LES DIFFERENTES INTERVENTIONS			1
Placement	9	25,00	
Signalement*	5	13,89	
Information préoccupante*	2	5,56	
AEMO	6	16,67	
Accueil provisoire	2	5,56	
AED	9	25,00	
Lien PMI	3	8,33	

*il s'agit d'une procédure en cours dont les aboutissants définitifs ne sont pas connus.

II/ COMPARAISON DES ENFANTS AYANT DÉJÀ EU DES CONTACTS AVEC DES EQUIPES SOCIALES AVEC CEUX N'EN AYANT JAMAIS EU.

Ont été considérés comme n'ayant pas de problèmes sociaux, les enfants qui n'avaient jamais eu de contact avec une assistante sociale ou les services sociaux avant le premier passage en 2016 ni au décours de ce premier passage. Au contraire, les enfants qui avaient déjà été en contact avec une équipe sociale avant le passage de 2016 ou au décours de celui-ci ont été déclarés comme ayant des antécédents sur le plan social. Les enfants pour lesquels les données sociales n'étaient pas connues avant le passage de 2016 et/ou au décours de celui-ci, n'ont pas été inclus, soit 14 patients. L'échantillon était donc de 400 enfants.

1/ Caractéristiques familiales des patients selon leurs données sociales.

Les principales caractéristiques familiales ont été comparées entre les deux groupes et résumées dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 7 : Comparaison des caractéristiques générales des enfants selon profil social pour les variables qualitatives.

VARIABLE	SOCIAL = 0 * (n = 232) Effectif (pourcentage)	SOCIAL = 1 * (n= 168) Effectif (pourcentage)	P valeur	DONNEES MANQUANTES
Sexe			0,002	14
Fille	151 (65)	83 (49)		
Garçon	81 (35)	85 (51)		
Composition familiale			< 0,0001	27
Deux parents en couple	120 (54)	36 (22)		
Monoparentale	11 (5)	20 (12)		
Parents séparés	91 (41)	107 (65)		
Pas de famille	0 (0)	2 (1)		
Place dans la fratrie			0,0674	122
Ainé	67 (40)	50 (41)		
Le plus jeune	72 (42)	39 (32)		
Autre	30 (18)	34 (27)		
Lieu de vie			< 0,0001	25
Chez les 2 parents	117 (53)	33(20)		
Chez mère	73 (33)	75 (45)		
Chez père	10 (4)	15 (9)		
Ne vit pas chez les parents	6 (3)	41 (24)		
Garde alternée	16 (7)	3 (2)		
Scolarité			0,0178	30
Déscolarisé > 1 mois	6 (3)	14 (9)		
Scolarisé	216 (97)	148 (91)		
Pathologie chronique			0,4214	15
Non	209 (90)	146 (87)		
Oui	23 (10)	21 (13)		

*Pour des raisons de lisibilité, les enfants n'ayant jamais de contact avec des équipes sociales avant 2016 et au décours du 1er passage de 2016 ont été définis avec SOCIAL = 0, au contraire, ceux ayant déjà eu un contact ont été définis comme SOCIAL=1.

Tableau 8 : Comparaison des caractéristiques générales des enfants selon profil social pour les variables quantitatives.

VARIABLE	SOCIAL = 0 * (n = 232) Médiane (Q1,Q3)	SOCIAL = 1 * (n= 168) Médiane (Q1,Q3)	P valeur	DONNEES MANQUANTES
Age (années)	13,0 (12,0, 14,0)	13,0 (11,0, 14,0)	0,1310	14
Nombre de frères et sœurs	1,00 (1,00, 2,00)	2,00 (1,00, 2,00)	0,0239	57
Nombre de frères et sœurs présents dans le foyer principal	1,00 (1,00, 2,00)	1,00 (0, 2,00)	0,4976	62

*Pour des raisons de lisibilité, les enfants n'ayant jamais de contact avec des équipes sociales avant 2016 et au décours du 1er passage de 2016 ont été définis avec SOCIAL = 0, au contraire, ceux ayant déjà eu un contact ont été définis comme SOCIAL=1.

2/ Caractéristiques des parents selon les données sociales des enfants.

Les données des parents ont été comparées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 9 : Comparaison des données parentales selon le profil social des enfants.

VARIABLE	SOCIAL = 0 * (n = 232) Effectif (pourcentage)	SOCIAL = 1 * (n= 168) Effectif (pourcentage)	P valeur	DONNEES MANQUANTES
Pathologie psychiatrique chez les parents			0,1868	123
Non	147 (81)	82 (75)		
Oui	34 (19)	28 (25)		
Travail chez le père			0,0385	186
Non	13 (9)	16 (19)		
Oui	131 (91)	68 (81)		
Travail chez la mère			0,0118	155
Non	27 (16)	29 (31)		
Oui	137 (84)	66 (69)		
Criminalité chez les parents			<0,0001	133
Non	175 (100)	96 (91)		
Oui	0 (0)	10 (9)		
Consommation alcool ou drogue déclarée			0,0619	134
Non	172 (98)	96 (92)		
Oui	4 (2)	8 (8)		
Placement des parents dans l'enfance			0,3759	132
Non	176 (100)	105 (99)		
Oui	0 (0)	1 (1)		

*Pour des raisons de lisibilité, les enfants n'ayant jamais de contact avec des équipes sociales avant 2016 et au décours du 1er passage de 2016 ont été définis avec SOCIAL = 0, au contraire, ceux ayant déjà eu un contact ont été définis comme SOCIAL=1.

3/ Caractéristiques du 1er passage aux urgences de 2016 selon le profil social.

A/Hospitalisation

Les données sur le passage sont comparées dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 10 : Comparaison des caractéristiques du passage selon le profil social pour les variables quantitatives.

VARIABLE	SOCIAL = 0 * (n = 232) Médiane (Q1, Q3)	SOCIAL = 1 * (n= 168) Médiane (Q1, Q3)	P valeur	DONNEES MANQUANTES
Heure d'arrivée (en heures)	14,96 (11,36, 18,59)	16,02 (12,64, 19,24)	0,1659	14
Durée de l'hospitalisation en médecine (en jours)	2,00 (1,00, 4,00)	2,00 (1,00, 3,00)	0,1659	14
Durée de l'hospitalisation en psychiatrie (en jours)	14,00 (9,00, 26,00)	15,5 (8,00, 20,00)	0,7737	14

*Pour des raisons de lisibilité, les enfants n'ayant jamais de contact avec des équipes sociales avant 2016 et au décours du 1er passage de 2016 ont été définis avec SOCIAL = 0, au contraire, ceux ayant déjà eu un contact ont été définis comme SOCIAL=1.

Tableau 11 : Comparaison des caractéristiques du passage selon le profil social pour les variables qualitatives.

VARIABLE	SOCIAL = 0 * (n = 232) Effectif (pourcentage)	SOCIAL = 1 * (n= 168) Effectif (pourcentage)	P valeur	DONNEES MANQUANTES
Hospitalisation en médecine au décours			0,1565	14
Non	125 (54)	78 (46)		
Oui	107 (46)	90 (54)		
Hospitalisation en psychiatrie au décours			0,1650	14
Non	166 (72)	131 (78)		
Oui	66 (28)	37 (22)		

*Pour des raisons de lisibilité, les enfants n'ayant jamais de contact avec des équipes sociales avant 2016 et au décours du 1er passage de 2016 ont été définis avec SOCIAL = 0, au contraire, ceux ayant déjà eu un contact ont été définis comme SOCIAL=1.

En 2016, aux urgences pédiatriques à Bordeaux, il y a eu 41 053 passages dont 8211 enfants hospitalisés. Nous avons comparé le taux d'hospitalisation avec celui du taux des enfants venant pour un motif psychiatrique. Le taux est de 20% pour les urgences pédiatriques en général contre 48% pour les enfants venant pour un motif psychiatrique avec un p inférieur à 0.0001.

B/Nombre de passage selon le profil social des enfants.

Le nombre de passage a été comparé dans plusieurs tableaux, dans l'ordre chronologique.

Nombre de passage avant 2016

Tableau 12 : Comparaison du nombre de passage avant 2016 selon le profil social.

VARIABLE	SOCIAL = 0 *			SOCIAL = 1*			P valeur
	MEDIANE (Q1, Q3)	Minimum	Maximum	MEDIANE (Q1, Q3)	Minimum	Maximum	
Nombre de passage en tout	0 (0, 2,00)	0	17,00	1,00 (0, 3,00)	0	19,00	0,0004
Nombre de passage pour motif psychiatrique	0 (0, 0)	0	3,00	0 (0, 1,00)	0	17,00	< 0,001
Nombre de passage pour motif traumatologique	0 (0, 0,5)	0	8,00	0 (0, 1,00)	0	7,00	0,0144
Nombre de passage pour motif somatique	0 (0, 1,00)	0	8,00	0 (0, 1,00)	0	7,00	0,6700

*Pour des raisons de lisibilité, les enfants n'ayant jamais de contact avec des équipes sociales avant 2016 et au décours du 1er passage de 2016 ont été définis avec SOCIAL = 0, au contraire, ceux ayant déjà eu un contact ont été définis comme SOCIAL=1.

Nombre de passage en 2016

Tableau 13 : Comparaison du nombre de passage en 2016 selon le profil social.

VARIABLE	SOCIAL = 0 *			SOCIAL = 1*			P valeur
	MEDIANE (Q1, Q3)	Minimum	Maximum	MEDIANE (Q1, Q3)	Minimum	Maximum	
Nombre de passage en tout	1,00 (1,00, 2,00)	1,00	15,00	1,00 (1,00, 2,00)	1,00	14,00	0,8952
Nombre de passage pour motif psychiatrique	1,00 (1,00, 2,00)	1,00	4,00	1,00 (1,00, 2,00)	1,00	7,00	0,4399
Nombre de passage pour motif traumatologique	0 (0, 0)	0	9,00	0 (0, 0)	0	4,00	0,6379
Nombre de passage pour motif somatique	0 (0, 0)	0	7,00	0 (0, 0)	0	13,00	0,7284

*Pour des raisons de lisibilité, les enfants n'ayant jamais de contact avec des équipes sociales avant 2016 et au décours du 1er passage de 2016 ont été définis avec SOCIAL = 0, au contraire, ceux ayant déjà eu un contact ont été définis comme SOCIAL=1.

Nombre de passage en 2017 jusqu'à novembre 2018.

Tableau 14 : Comparaison du nombre de passage de 2017 à novembre 2018 selon le profil social des enfants.

VARIABLE	SOCIAL = 0 *			SOCIAL = 1*			P valeur
	MEDIANE (Q1, Q3)	Minimum	Maximum	MEDIANE (Q1, Q3)	Minimum	Maximum	
Nombre de passage en tout	0 (0, 1,00)	0	13,00	0 (0, 0)	0	8,00	0,1786
Nombre de passage pour motif psychiatrique	0 (0, 0)	0	5,00	0 (0, 0)	0	7,00	0,2648
Nombre de passage pour motif traumatologique	0 (0, 0)	0	7,00	0 (0, 0)	0	4,00	0,1098
Nombre de passage pour motif somatique	0 (0, 0)	0	4,00	0 (0, 0)	0	4,00	0,3782

*Pour des raisons de lisibilité, les enfants n'ayant jamais de contact avec des équipes sociales avant 2016 et au décours du 1er passage de 2016 ont été définis avec SOCIAL = 0, au contraire, ceux ayant déjà eu un contact ont été définis comme SOCIAL=1.

4/ Caractéristiques psychiatriques des enfants selon leur profil social

Les données psychiatriques des enfants sont comparées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 15 : Comparaison des caractéristiques psychiatriques des enfants selon leur profil social.

VARIABLE	GRUPE SOCIAL = 0* Effectif (%) N= 232	GRUPE SOCIAL = 1 * Effectif (%) N = 168	P valeur	DONNEES MANQUANTES
Antécédents psychiatriques connus			0,0007	14
Non	98 (42)	43 (26)		
Oui	134 (58)	125 (74)		
Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie			0,0019	15
Non	204 (88)	126 (75)		
Oui	28 (12)	41 (25)		
Antécédents de prise de traitement à visée psychiatrique			< 0,0001	16
Non	174 (75)	93 (56)		
Oui	58 (25)	73 (44)		
Antécédents de suivi psychiatrique ou psychologique			0,0032	14
Non	86 (37)	39 (23)		
Oui	146 (63)	129 (77)		
Suivi psychiatrique ou psychologique au moment du passage			0,4158	17
Non	125 (55)	84 (50)		
Oui	104 (45)	84 (50)		
Traitement psychiatrique au moment du passage			0,0026	14
Non	191 (82)	116 (69)		
Oui	41 (18)	31 (31)		
Suivi psychiatrique mis en place du décours du 1er passage de 2016			< 0,0001	22
Suivi psychiatrique débuté	70 (31)	61 (37)		
Suivi psychiatrique poursuivi	45 (20)	56 (34)		
Suivi psychologique débuté	39 (17)	5 (3)		
Suivi psychologique poursuivi	4 (2)	3 (2)		
Hospitalisation au décours	66 (29)	37 (22)		
Pas de suivi	2 (1)	4 (2)		
Type de pathologie psychiatrique suspectée			< 0,0001	14
Troubles anxieux	54 (23)	7 (4)		
Troubles psychotiques	7 (3)	8 (5)		
Troubles de l'humeur	116 (50)	79 (47)		
Troubles du comportement	38 (16)	68 (40)		
Troubles comportement alimentaire	6 (3)	0 (0)		
Autres	11 (5)	6 (4)		

*Pour des raisons de lisibilité, les enfants n'ayant jamais de contact avec des équipes sociales avant 2016 et au décours du 1er passage de 2016 ont été définis avec SOCIAL = 0, au contraire, ceux ayant déjà eu un contact ont été définis comme SOCIAL=1.

5/ Comparaison des autres données sociales selon les deux groupes de comparaison.
Les données sociales sont comparées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 16 : Comparaison des données sociales restantes.

VARIABLE	GROUPE SOCIAL = 0* <i>Effectif (%)</i> N= 232	GROUPE SOCIAL = 1 * <i>Effectif (%)</i> N = 168	P valeur	DONNEES MANQUANTES
Problème social dans la fratrie			< 0,0001	117
Non	171 (99)	106 (85)		
Oui	2 (1)	18 (15)		
Nouvelle intervention d'une équipe sociale après le 1er passage de 2016			< 00001	17
Non	224 (97)	139 (83)		
Oui	8 (3)	29 (17)		

*Pour des raisons de lisibilité, les enfants n'ayant jamais de contact avec des équipes sociales avant 2016 et au décours du 1er passage de 2016 ont été définis avec SOCIAL = 0, au contraire, ceux ayant déjà eu un contact ont été définis comme SOCIAL=1.

III/ MODELE LOGISTIQUE MULTIVARIÉ

Pour cette analyse, deux modèles ont été réalisés.

Le principe de ces analyses est de modéliser la probabilité d'avoir eu un contact avec des équipes sociales avant 2016 ou lors du premier passage de 2016 (soit notre définition de SOCIAL =1) en fonction des caractéristiques du passage et des antécédents comme détaillés dans matériel et méthodes.

1/ Modèle complet

Tableau 17 : Modèle complet analyse multivariée (n= 220).

VARIABLE	Rapport de Côte	Intervalle de Confiance 95%	P valeur
Sexe			0,1386
Féminin	0,569	[0,269-1,200]	
Masculin	Référence		
Composition familiale			0,8100
Monoparentale	2,763	[0,028-274,116]	
Parents séparés	3,581	[0,043-296,501]	
Deux parents en couple	Référence		
Scolarité			0,0220
Non	7,905	[13,48-46,358]	
Oui	Référence		
Présence d'un emploi chez la mère			0,4249
Non	1,430	[0,594-3,444]	
Oui	Référence		
Problèmes sociaux dans la fratrie			0,0056
Oui	33,013	[2,781-391,825]	
Non	Référence		
Lieu de vie			0,3482
Mère	1,279	[0,015-108,170]	
Père	2,638	[0,028-245,384]	
Pas chez les parents	1,344	[0,045-39,753]	
Garde alternée	0,188	[0,001-26,560]	
Chez les 2 parents	Référence		
Antécédents psychiatriques connus			0,4328
Oui	1,602	[0,493-5,206]	
Non	Référence		
Antécédents de suivi psychiatrique avant 2016			0,9701
Oui	1,023	[0,319-3,282]	
Non	Référence		
Traitement médical à visée psychiatrique au moment du 1er passage de 2016			0,7412
Oui	0,812	[0,236-2,797]	
Non	Référence		
Antécédents de prise de traitement à visée psychiatrique avant 2016			0,4606
Oui	1,621	[0,449-5,843]	
Non	Référence		
Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie avant 2016			0,9337
Oui	1,054	[0,302-3,679]	
Non	Référence		
Nombre de passage aux urgences pédiatriques pour motif traumatologique avant 2016	1,163	[0,872-1,552]	0,3031

*les données ont été ajustées sur l'âge de l'enfant, sur le nombre de frères et sœurs, sur le nombre de passages aux urgences pédiatriques pour un motif psychiatrique avant 2016 avec un $p > 0.05$

2/ modèle réduit

Tableau 18 : Modèle réduit analyse multivariée (n= 294).

VARIABLE		Rapport de Côte	Intervalle de Confiance 95%	P valeur
Scolarité	Non	4,032	[0,948-17,150]	0,0591
	Oui	Référence		
Antécédents psychiatriques connus	Oui	2,193	[1,215-3,960]	0,0092
	Non	Référence		
Problèmes sociaux dans la fratrie	Oui	12,221	[2,296-65,042]	0,0033
	Non	Référence		
Lieu de vie	Mère	4,247	[2,341-7,75]	< 0,001
	Père	11,425	[3,862-33,793]	
	Pas chez les parents	10,931	[2,752-43,424]	
	Garde alternée	0,0279	[0,034-2,262]	
	Chez les 2 parents	Référence		

DISCUSSION

Notre étude montrait que 33% des enfants consultants aux urgences pédiatriques pour un motif psychiatrique avaient déjà été en contact avec des équipes sociales. Ces contacts avec les équipes étaient majoritairement des interventions judiciaires, tendance identique à celle nationale. Au décours du passage aux urgences, une action sociale avait été réalisée dans 23% des cas que cela soit pour un enfant ayant déjà eu des contacts ou ceux n'en ayant jamais eu. Cette action sociale consistait à appeler les équipes sociales qui connaissaient déjà l'enfant ou à appeler la PMI du secteur pour avertir d'un éventuel dysfonctionnement social dans 53% des cas. En comparaison avec les chiffres retrouvés dans l'introduction, nos chiffres bordelais sont étonnamment plus bas que les autres. En effet, toutes les autres études trouvaient environ 30% des enfants mais leurs critères étaient seulement les enfants ayant des contacts avec l'ASE. Dans notre étude, étaient considérés comme ayant des problèmes sociaux tous les enfants pour lesquels il y a eu des contacts avec des équipes sociales ainsi un simple suivi social en PMI suffisait à faire partie du critère. Nos critères d'inclusions étant donc plus larges, nos chiffres auraient dû être plus élevés. C'est pourquoi, plusieurs hypothèses peuvent être soulevées. La question de la population bordelaise se pose : la population est-elle différente de la population française ? Cette hypothèse paraît peu probable. En effet, en Gironde en 2015, les mineurs bénéficiaires de mesures de l'ASE étaient 10089 soit 3% de la population des mineurs alors que les chiffres nationaux par département sont à 1,9% (8). Un département comme La Loire-Atlantique, se rapprochant de la Gironde par son nombre d'habitants et son dynamisme attractif possède un taux à 1,4% (54). Ainsi les chiffres bas de notre étude ne sont pas dus à un faible taux de prise en charge par l'ASE. Cela vient peut-être de la répartition des centres d'accueil en Gironde. En effet, les mineurs ayant une urgence pédopsychiatrique peuvent être accueillis à Bordeaux, Langon, Libourne ou Arcachon répartissant donc tous les enfants. Ceci pourrait expliquer pourquoi le nombre de consultation pour motif pédopsychiatrique à Bordeaux est légèrement bas (1% des consultations). Une autre explication pourrait être que les enfants ayant des contacts avec les services sociaux sont mieux suivis en Gironde sur le plan psychologique et ainsi décompenseraient moins qu'ailleurs. Malgré nos chiffres plus bas, il faut garder à l'esprit qu'un tiers des enfants consultants aux urgences pédiatriques pour motif pédopsychiatrique ont des contacts avec des équipes sociales. Ces chiffres sont conséquents et doivent être connus des équipes pour ne pas être négligés. Cette étude montre toute l'importance de l'équipe de pédopsychiatrie de liaison et l'équipe de psychiatrie aux urgences actuellement en place à l'hôpital des enfants ainsi que l'importance des équipes sociales. Ces équipes sont primordiales pour la prise en charge globale apportée aux enfants de l'hôpital des enfants de Pellegrin et la collaboration étroite de celles-ci avec les services de pédiatrie doit être maintenue.

Sur le plan démographique, plusieurs constatations peuvent être faites. Les enfants inclus avaient un âge médian de 13 ans. Ces résultats sont en accord avec la littérature. Une étude australienne de 2006 de Jean *et al* (55) qui étudiait les enfants venus aux urgences pédiatriques pour un motif ayant un rapport avec la santé mentale retrouvait un âge moyen de 12,6 ans. Dans une étude de Blondon *et al.* (30) qui comparait les enfants et adolescents vus en consultation en urgence à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière en 1992 et en 2002, il était retrouvé un âge moyen de 13,6 ans en 1992 et 12,3 ans en 2002. Cette étude constatait que l'âge de consultation était de plus en plus bas. D'autres études sont en accord avec ce constat, par exemple, Richard *et al.* (52) dans son étude de 2004 qui étudiait les caractéristiques des enfants en liste d'attente pour une consultation au CHU de Brest, retrouvait que seulement 25 % des demandes de consultations concernaient des enfants de plus de dix ans. Concernant le sexe, dans notre étude, 57,7% des patients inclus étaient de sexe féminin. Dans la littérature, la majorité des études trouvent également une majorité de filles consultant aux urgences pour motif psychiatrique. Comme c'est le cas pour une étude marseillaise de 2012 de Boyer *et al* (56) qui étudiaient les enfants venus aux urgences pour motif pédopsychiatrique avec un taux de 62,1% de femmes. Le graphique nous montrait une surreprésentation masculine de 7 à 11 ans puis féminine de 13 à 14 ans. Cette même constatation était retrouvée dans un article canadien de 2009 de Kennedy *et*

al qui étudiait les enfants venus aux urgences pédiatriques pour un motif psychiatrique (53). Par comparaison avec l'ambulatoire, les chiffres donnés par un rapport de l'ARS dans les suites d'une étude des CMPP pour l'année 2016 (11), étaient que deux tiers des enfants suivis en CMPP en Nouvelle Aquitaine étaient des garçons avec une surreprésentation de la tranche d'âge 6-10 ans. Un autre rapport de l'ARS sur les CMP infanto-juvéniles datant de mai 2019 (10), retrouvait que, en Gironde, 64,6% des patients suivis étaient des garçons avec un âge moyen de 9,4 ans chez les garçons et 10,4 ans chez les filles. Ainsi, la population consultant en urgence serait différente de celle de l'ambulatoire avec une majorité de filles en urgence et un âge relativement élevé aux alentours de 13 ans qui certes est en baisse mais qui reste plus élevé que celui rencontré en ville. Ces résultats étaient aussi retrouvés dans l'étude de 2014 de Chatagner *et al* (51), étude multicentrique sur dix centres répartis sur toute la France, qui étudiaient les enfants vus en CMP en urgence et ceux vus sans urgence. Cette étude retrouvait une prédominance féminine pour les consultations en urgence alors qu'elle était masculine pour les consultations non urgentes, la moyenne d'âge était la même à 14 ans environ mais les enfants inclus avaient entre 11 et 18 ans. Cette différence de répartition fait discuter deux hypothèses.

Premièrement, la répartition des pathologies psychiatriques ne semble pas la même selon le sexe. La littérature retrouve plus fréquemment des pathologies dépressives chez la femme, à contrario des pathologies à type de troubles du comportement chez l'homme. En effet dans leur étude de 2012, Dil et Vuijk (57) retrouvaient que plus de deux tiers des comportements agressifs concernaient par des garçons, à contrario, les filles étaient à l'origine de 80% des pathologies anxieuses et dépressives. Ces différences de pathologies selon le sexe sont expliquées par Sullivan et Rivera (58) par une différence de tempérament, qui serait due au taux de testostérone (59).

Deuxièmement, la répartition des pathologies psychiatriques rencontrées n'est pas la même en ville et aux urgences. Pour ce qui est des urgences, notre étude retrouvait une part très importante des pathologies dépressives avec au contraire un pourcentage très faible des troubles psychotiques. La littérature est très hétérogène sur le sujet. La plupart des articles retrouvaient les quatre mêmes diagnostics principaux avec des pourcentages différents, c'est à dire les troubles de l'humeur, les troubles des conduites, les troubles anxieux et les pathologies psychotiques. Les disparités de répartition sont probablement liées aux difficultés à faire des diagnostics francs au vu de l'âge des patients et à l'intrication entre elles des pathologies. En effet, par exemple, les pathologies dépressives peuvent conduire à des productions symptomatiques voire des passages à l'acte, ainsi un trouble du comportement pourra être classé dans un trouble des conduites ou dans une pathologie dépressive. De plus, les diagnostics sont évoqués dans l'urgence, ils sont donc difficiles à établir. Une thèse bordelaise de psychiatrie de 2010 du Dr Razafindralambo (25), qui étudiait les adolescents ayant consultés au SECOP de Bordeaux, affirmait que dans 40,6% des cas, aucun diagnostic n'avait été posé. C'est pourquoi dans notre étude nous parlons de diagnostic suspecté. Pour ce qui est de l'ambulatoire, l'étude de l'ARS de Nouvelle Aquitaine de 2016 sur les CMPP (11) retrouvait que les trois quarts des diagnostics étaient représentés par les troubles névrotiques, les troubles du développement psychologique (concernant le langage, la parole, les acquisitions scolaires, le développement moteur, à l'exception des TED/TSA) et les troubles du comportement. La part des troubles de l'humeur était très faible à 4%. L'étude de Chatagner *et al* (51) qui étudiait les enfants venant au CMP en urgence et sans urgence, retrouvait également, dans le groupe consultant en urgence, une surreprésentation des troubles thymiques (13 % contre 6,9 %), des troubles psychotiques aigus (2,5 % contre 0 %). Il existait, en revanche, une plus faible proportion de troubles des conduites et du comportement (19 % contre 22,4 %) et de troubles anxieux (4,5 % contre 9,5 %). Ainsi, les enfants ayant des pathologies dépressives et anxieuses auraient plus tendance à consulter en urgence. Ces pathologies étant plus souvent féminines, cela pourrait être une des explications à la surreprésentation féminine aux urgences.

Les diagnostics suspectés ne sont pas à confondre avec les motifs de consultations même si ces items se rapprochent. Les motifs de consultations sont légèrement différents des diagnostics psychiatriques faits à la fin de la consultation car les symptômes mis en avant par le jeune ou sa famille sont le plus souvent les plus bruyants mais pas tout le temps les principaux symptômes retrouvés pouvant modifier le diagnostic suspecté. De plus, chez les adolescents surtout, certains troubles dépressifs

peuvent s'exprimer par des troubles du comportement et vice versa. Comme dans la littérature, les tentatives de suicide et les idées suicidaires représentaient le principal pourcentage de motif de consultation dans notre étude. Les motifs comme les troubles du comportement et les crises clastiques étaient aussi nombreux. La littérature retrouve une augmentation des consultations pour troubles du comportement. Par exemple, l'étude de Blondon *et al* (30), qui comparait les enfants venus aux urgences de la Pitié Salpêtrière en 1992 et 2002, montrait que les patients venus pour trouble du comportement ont augmenté d'un tiers sur 20 ans. Ces résultats vont dans le sens de ceux de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) de 2005, qui montrait une augmentation de la proportion des troubles des conduites et du comportement de 1996 à 2003. À noter le très faible pourcentage d'adolescents consultant pour alcoolisation aigue. Une étude américaine de Tadros *et al* (60) de 2008 confirmait ce résultat. Celle-ci retrouvait un pourcentage d'adolescent venant pour alcoolisation aigue à 0,27 alors que 42% des adolescents avaient déclarés avoir bu de l'alcool le mois précédent. Ces chiffres montrent que l'alcoolisation aigue n'est pas une situation qui amène à consulter aux urgences, que cela se gère dans l'intimité familiale ou que l'alcoolisation n'est pas le motif principal de venue exprimé. Cette même étude montrait en revanche que 20% des 16-17 ans qui consultaient aux urgences pour un autre motif avaient une alcoolémie positive, ce qui questionne sur l'intérêt de doser l'alcoolémie en systématique, même si cela concerne surtout les urgences adultes.

Ainsi, les tentatives de suicides et idées suicidaires sont le motif le plus fréquemment rencontré aux urgences, ce qui explique pourquoi les troubles thymiques sont les plus représentés aux urgences.

La cellule familiale semble avoir un rôle important. En effet, dans notre étude, on retrouve que les parents des enfants inclus étaient en couple dans 40% des cas, séparés dans 51%, la famille était monoparentale dans 8% des cas. Dans la littérature, une étude de Nancy du Dr Ferrand pour sa thèse de médecine générale de 2014 (48), qui comparait les enfants venants aux urgences pédiatriques pour un motif psychiatrique selon leur nombre de consultation, retrouvait des parents séparés dans 58% des cas. Une autre thèse de médecine générale du Dr Cautenet (47) de Nancy également qui comparait les enfants consultants pour un motif pédopsychiatrique en 2003 et 2013 au CHU, retrouvait aussi 40% de modèle familial biparental en couple. Cette proportion était stable dans le temps entre 2003 et 2013. L'étude bordelaise de 2010 du Dr Razafindralambo (25) qui étudiait les adolescents ayant consulté au SECOP, retrouvait un pourcentage de 55,2 de parents séparés contre 37,4% de parents en couple. Ainsi nos résultats sont concordants avec la littérature et concluent à une majorité de parents séparés. Ces résultats peuvent corroborer les théories que la présence parentale est essentielle pour le bon développement d'un enfant et qu'une séparation parentale peut être un facteur de fragilité psychique ou un élément déclencheur de celle-ci. Dans les études, le divorce parental est souvent retrouvé comme le facteur de stress le plus fréquent (61,62). Dans notre étude, ce sont les parents qui adressaient majoritairement les enfants aux urgences, dans 65% des cas. Nos chiffres rejoignent ceux de la littérature. Dr Ferrand (48) retrouvait un taux de 50% d'enfants adressés par l'entourage familiale. L'étude de Blondon *et al* (30) retrouvait un taux de 55% avec une tendance à l'augmentation des enfants venus adressés par leurs parents. L'étude du Dr Cautenet (47) retrouvait aussi un taux à 69 % en 2013. Le fait que cela soit les parents qui adressent majoritairement les enfants montre le sentiment désemparé des familles qui n'arrivent pas à s'appuyer sur les structures en place localement en cas de problème. Le chiffre très bas de patients adressés par leur médecin traitant ou leur pédiatre, montre que ces patients sont en dehors du parcours coordonné de soin. Il en est de même en ambulatoire. En effet, dans le rapport de 2016 de l'ARS sur les CMPP de Nouvelle-Aquitaine (11), c'est l'éducation nationale qui adressait dans environ 50% des cas, les parents n'étaient demandeurs que dans 23% et le milieu médical dans 11% des cas. Cela confirme le fait que ces enfants ne sont, pour la plupart, pas dans le parcours coordonné de soins.

Nos résultats mettent en évidence que ces enfants consultants pour un motif pédopsychiatrique font partis du quotidien des urgences pédiatriques. En effet, sur l'année 2016, il y a eu 523 consultations pour motifs psychiatriques aux urgences pédiatriques sur 41053 passages, ce qui représente 1.27% des consultations. Sur le plan national, nos chiffres sont plutôt dans la fourchette basse. Ils peuvent s'expliquer par la présence d'autres urgences sur le territoire comme expliqué dans le premier paragraphe. Cependant, certaines études montrent que, mêmes si elles sont moins nombreuses, les consultations pour un motif psychiatrique aux urgences pédiatriques sont plus longues et nécessitent plus de ressources et de temps de la part de l'équipe des urgences (63–65). Ainsi, même si le pourcentage est faible, ces consultations ne sont pas à négliger. Il n'existe pas de données locales permettant d'apprécier l'évolution dans le temps de ce nombre de consultations. Le mois le plus actif en consultation est le mois de janvier. Pendant les mois de vacances scolaires, il est constaté, en revanche, une baisse de la fréquentation, ceci a déjà été évoqué dans la littérature (66,67). Concernant l'heure de passage, la littérature décrit un pic de passage dans le créneau 16h-20h (63,66,67). Il représentait 27% des passages dans notre étude, avec plutôt un début d'augmentation des consultations vers 14h pour un pic à 15h. Ainsi, l'heure d'arrivée aux urgences plutôt dans l'après-midi pourrait être mis en relation avec le fait que l'enfant attende d'être rentré au domicile parental pour décompenser un malaise qu'il a eu sur la journée. Ces différences de fréquentations selon le temps scolaire pourraient faire poser la question du rôle de l'école dans ces problèmes psychiatriques. L'école ne serait probablement pas entièrement responsable de ces pathologies mais serait plus facilement l'élément déclencheur d'un trouble qui amènerait à consulter aux urgences. 5% des enfants n'étaient pas scolarisés dans notre étude. L'étude de 2009 Canadienne de Kennedy *et al* (53) qui analysait les enfants venus aux urgences pédiatriques pour un motif psychiatrique retrouvait un chiffre de 10% d'enfants en déscolarisation, la thèse du Dr Cautenet (47) retrouvait quant à elle un taux de 7.7% en 2003 et 13.3% en 2013. L'école apparaît donc comme un révélateur mais aussi un catalyseur des difficultés psychologiques des enfants. Il serait donc intéressant et judicieux d'initier, de sensibiliser et de former les personnels de l'éducation nationale à un dépistage précoce des troubles pour qu'une prise en charge en amont puisse être mise en place ce qui pourrait éviter le passage aux urgences.

Notre étude reflète une difficulté dans l'accueil et le suivi en pédopsychiatrie ambulatoire, plusieurs de nos résultats le sous entendent.

Premièrement, il s'agit des chiffres concernant le suivi des enfants. 68% de nos patients avaient déjà eu un suivi dont 47% avaient un suivi au moment du passage. Ces chiffres sont en accord avec la littérature, plusieurs études comme celle de Blondon *et al* (30) retrouvaient des chiffres aux alentours de 50% de suivi. Le suivi était surtout psychiatrique la plupart du temps. Il était réalisé dans les structures ambulatoires publiques de secteur (CMP, CMPP) dans 24 % des cas, les psychiatres en ville arrivaient en deuxième avec 20%. Le suivi à l'hôpital ne représentait que 8% des cas. Ces résultats se rapprochent de ceux de la thèse bordelaise du Dr Razafindralambo (25) qui retrouvait un suivi sur l'inter secteur à 31.4% et avec des psychiatres libéraux à 28.8%. Le peu de suivi psychologique montre les difficultés d'accès aux soins psychologiques, non remboursés, alors que certains enfants pourraient en être bénéficiaires. La proportion d'enfants suivis est plutôt grande mais cela peut paraître paradoxal. En effet, si les enfants sont plutôt bien suivis, comment expliquer l'augmentation constante des consultations en urgence ? Ceci peut être dû à l'augmentation du nombre de consultations psychiatriques en général mais surtout cela reflète la saturation actuelle des services de consultations ambulatoires en particulier des inter-secteurs de psychiatrie infanto juvénile qui peinent à donner une réponse en urgence à leurs patients. L'étude sur les CMP de Nouvelle Aquitaine, demandée par l'ARS et qui est sortie en mai 2019 (10), a questionné les CMP sur leurs réponses aux demandes de soins en urgences. En Gironde, sur les 6 CMP dépendants de Charles Perrens, 100% déclaraient répondre aux avis en urgence avec trois quarts déclarant essayer de donner la réponse dans les 24 heures. En revanche, sur les 14 CMP dépendants du CH de Cadillac ayant répondu, seulement 6 soit 42% déclaraient répondre aux avis en urgence. Ainsi, le territoire du CH de Cadillac peut être drainé par les urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux expliquant le nombre de consultations. Pour continuer sur

le plan psychiatrique, dans notre étude, 23% des patients avaient un traitement pharmacologique au moment du passage, dont 50% étaient en monothérapie. Les neuroleptiques étaient les molécules les plus souvent retrouvées. Presque un tiers des patients se sont vu proposer un traitement au décours du passage. Ces résultats sont inférieurs aux résultats des autres études. L'autre étude bordelaise du Dr Razafindralambo (25) de 2010 trouve que 43.9% des adolescents sont traités au moment du passage. L'article de Blondon *et al* (30) montrait que 59% des patients de plus de 13 ans étaient traités au moment du passage en 2002. Cependant ces études s'intéressaient aux adolescents contrairement à la nôtre qui a inclut également les enfants de moins de 13 ans. Ainsi, plus les enfants seraient âgés, plus le pourcentage d'enfants traités augmenterait. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que certains traitements n'ont pas d'AMM avant 13 voire 15 ans (68) et que la prescription de psychotropes chez l'enfant reste délicate du fait d'effets secondaires non négligeables.

Deuxièmement, le nombre de consultations multiples retrouvé dans notre étude est probablement une conséquence d'une longue période d'attente pour un premier rendez-vous de suivi. En effet, dans notre étude, 23% des enfants avaient été vus plusieurs fois par les équipes de pédopsychiatrie. Les études faisant le recueil sur un an, comme la nôtre, trouvaient également des chiffres autour de 20 à 25% de deuxième consultation dans l'année pour un motif pédopsychiatrique (24,47). À contrario, on retrouvait dans notre étude que les enfants ayant consulté aux urgences pédiatriques pour un motif psychiatrique se sont vus proposer un suivi dans 98% des cas. S'il n'y avait pas eu de problèmes de délais, la question de savoir si ces enfants auraient consulté de nouveau aux urgences pourrait être posée.

En ambulatoire, les délais sont importants. Le rapport de l'ARS de 2016 (11) sur les CMPP de Nouvelle-Aquitaine montrait que les délais d'attente en CMPP en Gironde étaient très élevés. En effet, un délai de cinq mois était constaté pour avoir un premier rendez-vous de prise de contact puis un délai de 6,7 mois pour démarrer le suivi. Ainsi en Gironde, les délais pour démarrer une prise en charge en CMPP étaient de 11,7 mois soit presque un an. En ce qui concerne les CMP, qui sont plus nombreux en Gironde, le délai était plus raisonnable selon le rapport de mai 2019 pour l'ARS de Nouvelle Aquitaine (10) avec un délai moyen entre le premier contact du patient et le rendez-vous d'évaluation de 45 jours, mais avec une dispersion très importante des valeurs, la médiane étant de 20 jours. Par la suite, le délai entre le rendez-vous d'évaluation du patient et le premier rendez-vous de suivi, avait une durée moyenne de 21,5 jours. Ainsi, pour les CMP la durée d'attente en Nouvelle Aquitaine (il n'y a pas de données sur la Gironde seulement) serait d'environ 2 mois. L'offre ambulatoire n'est probablement pas suffisante car ne pouvant pas apporter un délai de consultation raisonnable, expliquant une partie des consultations aux urgences. Cependant, la définition du délai raisonnable peut être discutée. En effet, la notion de l'urgence est très subjective, et un état peut être ressenti comme urgent par un enfant ou ses parents sans, pour autant, qu'il n'y ait de réelle mise en danger de l'enfant, par exemple sans risque de passage à l'acte. Il en est de même pour les intervenants en ambulatoire, par exemple les éducateurs ou les enseignants qui, s'ils sont mal formés, peuvent avoir peur d'un danger immédiat pour l'enfant qui ne serait pas présent. Cela nous ramène à la nécessité de la formation des intervenants mais aussi à celle des parents pouvant s'apparenter à l'éducation thérapeutique faite dans les pathologies chroniques.

Cette question des consultations multiples soulève deux autres problématiques. La première est la question du changement de la consommation du soin. En effet, les urgences sont souvent une réponse facile et efficace à une problématique qui pourrait être temporisée par moments. Cela traduit un changement sociétal de l'approche du soin, dans une ère où le consumérisme est au premier plan et où chaque problème doit avoir une réponse rapide. Les urgences se prêtent bien à cette nouvelle façon de consommer le soin du fait de leur gratuité, de leur ouverture 24 heures sur 24. La seconde problématique soulevée est l'augmentation des troubles du comportement comme discuté au-dessus et surtout l'absence de capacité à recevoir ces enfants agités (absence de chambres de crise) dans les structures ambulatoires. Ainsi, certaines villes comme Toulouse ont ouvert un hôpital de jour réactif (accueil de jour intersectoriel réactif) permettant de voir les patients dans les 24h et ainsi la plupart du temps

de désamorcer la situation d'urgence (69). Comme décrit précédemment, certains CMP de Gironde essaient d'avoir une réponse rapide aux demandes urgentes mais ce n'est pas la majorité, ce qui place les urgences pédiatriques en première ligne.

Concernant les structures hospitalières, dans notre étude, le taux d'hospitalisation était de 48% en médecine puis 25% en psychiatrie. Ce taux d'hospitalisation reste très élevé par rapport aux urgences pédiatriques générales. Sur le plan de la littérature, une étude rouennaise de 2013 de Podlipski *et al* (67) qui étudiait les enfants venus aux urgences pédiatriques de Rouen pour un motif psychiatrique, trouvait un taux d'hospitalisation de 69,7%. La thèse bordelaise du Dr Razafindralambo (25) dévoilait un taux d'hospitalisation de 51,2 % dont 16,5% étaient gardés quelques jours en observation au SECOP et 34,7% étaient hospitalisés en psychiatrie. Ces chiffres élevés d'hospitalisation montrent qu'un des traitements de ces crises est de sortir l'enfant de son milieu habituel et que la volonté des équipes est d'évaluer les enfants une fois la crise passée. Cependant, les études comparatives dans le temps montrent que la tendance est à la diminution de l'hospitalisation pour privilégier un suivi ambulatoire (30,47). Ainsi, la thèse du Dr Cautenet (47) retrouvait une diminution du taux d'hospitalisation passant de 55.5% en 2003 à 39.6% en 2013. Un article de 1999 de Speranza *et al* (70) qui revenait sur l'ouverture d'une unité d'accueil et d'urgence de pédopsychiatrie au sein du CHU de Bicêtre un an après son ouverture, montrait que seulement 36% des enfants ayant consultés avaient besoin d'une hospitalisation. Dans les 64 autres pourcentages, la consultation seule avait permis un apaisement rapide de l'anxiété et une réorientation adaptée de la situation. Cette diminution montre la volonté des équipes de ne pas rompre le suivi déjà en place mais plutôt de maintenir le lien avec les équipes déjà connues de l'enfant. Elle peut aussi être le reflet de la surcharge des structures hospitalières avec un manque de lits pour accueillir tous les enfants. Cependant, dans notre étude, le nombre de jour médian d'hospitalisation en médecine était de 2 jours, que l'enfant soit hospitalisé en psychiatrie par la suite ou non. Ainsi, les services hospitaliers d'hospitalisation en pédopsychiatrie étaient plutôt réactifs avec un délai médian de deux jours seulement pour accueillir l'enfant en psychiatrie. Ces chiffres montrent la bonne collaboration des équipes de pédopsychiatrie avec celle de pédiatrie et cela grâce à l'équipe de pédopsychiatrie de liaison présente au sein de l'Hôpital des Enfants du CHU Pellegrin et l'équipe de psychiatrie des urgences. Concernant la sortie d'hospitalisation, le rapport de l'ARS sur les CMP de Nouvelle Aquitaine (10) dénonçait le fait qu'il y a peu de protocoles ou de RCP à la sortie d'hospitalisation d'un enfant pour faire perdurer le lien établi avec celui-ci. Dans ce rapport, il était souligné qu'un protocole de sortie et de suivi d'hospitalisation avait été défini entre le CMP et l'hôpital dans 16% des CMP en contact avec le CHU de Charles Perrens (soit 1 CMP sur 6) et dans aucun des CMP en contact avec le CH de Cadillac (sur les 13 CMP ayant répondu à l'étude). Ces chiffres montrent un manque relatif de travail en réseau et de communication entre les structures hospitalières et ambulatoires. À noter, aucun des CMP ne déclarait avoir de relations avec les services des urgences.

Dix pourcents des enfants n'ont pas été vus par l'équipe de pédopsychiatrie. Les principales raisons étaient le fait que l'équipe des urgences pédiatriques du CHU Bordeaux possède un psychologue qui peut se libérer si besoin et que l'équipe de pédopsychiatrie n'était pas présente la nuit et le week-end mais restait disponible par téléphone au moment de l'étude. Cependant, le graphique concernant l'heure d'arrivée aux urgences montre qu'aucun enfant ayant consulté la nuit a été renvoyé chez lui sans l'avis des pédopsychiatres. Ceci révèle la volonté des équipes des urgences de ne pas prendre de décisions hâtives au milieu de la nuit et donc de garder systématiquement en surveillance jusqu'au lendemain les enfants venant la nuit. Cependant, cela met également en évidence le manque de formation des équipes médicales intervenantes en garde sur les urgences pédiatriques. En effet, s'ils étaient bien formés, les pédiatres urgentistes mais aussi les pédiatres de l'hôpital faisant des gardes pourraient mieux appréhender ces enfants. La meilleure prise en charge de ces enfants passe par la connaissance de leurs données sociodémographiques mais également par la formation du personnel en première ligne. En effet, il paraît paradoxal de demander aux pédiatres d'être capable d'évaluer s'il y a une indication d'hospitalisation lorsque le psychiatre est absent (c'est à dire la nuit et le week-end) alors que très peu de formations sur le sujet sont proposées. De plus, l'autre problématique pour les

pédiatres des urgences et de garde est, s'ils décident ne pas hospitaliser un enfant car son état ne le nécessite pas du fait de l'absence de danger immédiat, d'orienter les enfants vers les bons interlocuteurs et de faire le lien avec les bonnes structures. En effet, les pédiatres doivent répondre à plusieurs questions, la première est d'évaluer s'il y a une indication à une hospitalisation ou à un avis spécialisé, et la deuxième est de savoir si l'état de santé mental de l'enfant nécessite un suivi ou une évaluation ambulatoire et dans quelle structure. Ainsi, la formation du personnel des urgences semble une priorité pour améliorer la prise en charge de ces jeunes.

Notre analyse comparative permet de mieux identifier les enfants venus pour un problème psychiatrique ayant des contacts avec les équipes sociales. Plusieurs résultats de l'analyse comparative peuvent être soulignés. Premièrement, comme cité au début, les enfants étaient plus de sexe masculin, avec des parents séparés. À contrario, l'âge ne semblait pas un facteur influençant l'appartenance à un des groupes.

Notre étude comparative retrouvait significativement plus de pathologies à type de troubles des conduites chez les enfants ayant des difficultés sociales. À contrario, les pathologies anxieuses et dépressives étaient plus représentées dans la catégorie non sociale. Cette différence a également été mise en avant dans l'article de Chatagner *et al* (51) qui retrouvait une prédominance nette des troubles des conduites et du comportement chez les enfants pris en charge par les services de protection de l'enfance avec près de 50% des diagnostics alors qu'ils ne représentent que 25% chez les enfants non accompagnés par l'ASE ou la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Un article de Speranza *et al* (70) de 1999, concernant l'accueil en urgence des enfants pédopsychiatriques au CHU de Bicêtre, mettait en évidence l'importance des troubles du comportement et précisait que la plupart de ces jeunes étaient suivis par l'ASE. Ce constat peut être relié au fait que les troubles du comportement peuvent avoir d'avantages de conséquences, notamment sociales et inversement, les troubles du comportement pourraient être une des conséquences de problèmes sur le plan social. Ces constatations interrogent également sur le lien entre troubles de l'attachement et troubles du comportement, comme l'ont suggéré Lemoust *et al.* (71). En effet, les carences affectives chez les enfants dont le modèle familial n'est pas respecté entraîneraient des souffrances internes. L'agitation serait peut-être, pour ces enfants fragilisés, un moyen d'expression de leurs conflits internes ou d'évitement pour ne pas y penser. Les enfants placés auraient plus de carences affectives, cela ferait donc d'eux des enfants plus susceptibles d'avoir des troubles du comportement. Cette vulnérabilité particulière des enfants placés est de plus en plus prise en compte par les autorités sanitaires. En effet, le rapport entre cette vulnérabilité des enfants confiés à l'ASE et l'importance des troubles du comportement observés dans cette population, en lien avec les violences subies, y compris les négligences lourdes, a été constaté dans un rapport de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance du 28 février 2017 (72). Par la suite, une autre mission d'information faite pour l'Assemblée Nationale en juillet 2019 met en avant les besoins des enfants de l'ASE (2).

Dans notre étude, il existait également une surreprésentation significative des enfants ayant des parents séparés dans le groupe ayant des contacts avec des services sociaux, il en est de même pour la présence d'un problème social dans la famille. Dans une étude étudiant les adolescents consultants aux urgences pour troubles du comportement au CHU de Montpellier en 2008 de Zebiche *et al* (50), il était retrouvé que le dénominateur commun des conduites à haut risque de délinquance était un désengagement précoce éducatif et affectif familial ayant conduit à un placement en famille d'accueil ou foyer. La cellule familiale a donc un rôle indiscutable dans l'émergence des troubles chez ces jeunes. L'école semble être également un facteur impliqué. L'étude comparative de notre étude retrouvait significativement plus d'enfants scolarisés dans le groupe n'ayant jamais eu de contact avec les équipes sociales. Ainsi, les difficultés sociales des enfants se ressentent aussi dans leur parcours scolaire qui est plus compliqué. Tout ceci est aussi intriqué avec le fait que, dans le groupe avec des contacts avec les équipes sociales, les troubles du comportement sont plus représentés et peuvent aussi avoir des conséquences sur la scolarité. À contrario, l'échec scolaire peut aussi avoir des retentissements directs sur

l'humeur des enfants concernés ou même sur l'ambiance familiale et vice versa. Ainsi, en plus d'une formation sur les prises en charge des enfants avec des difficultés psychologiques, un renforcement de la formation initiale des enseignants sur le repérage et le signalement de l'enfance en danger semble légitime, ainsi que le fait de rendre obligatoire une formation continue sur le sujet. Cette notion a été soulevée dans le rapport fait pour l'Assemblée Nationale en juillet 2019 sur les enfants de l'ASE (2). Celui-ci détaillait le fait que les enseignants, qui sont les premiers pourvoyeurs d'informations préoccupantes (IP), manquent de formation sur le sujet et qu'un des principaux obstacles à la bonne transmission des IP est qu'elles sont mal remplies par manque d'informations. Une table ronde réalisée par la mission d'information avec des représentants de l'éducation nationale met en évidence un défaut dans la transmission des IP notamment à cause du manque de moyens, principalement du manque d'assistants sociaux dans le premier degré. La mission d'information proposait donc d'ajouter à la formation des enseignants un module de formation spécifique sur la déclaration des IP. Il est en de même pour la formation des équipes des urgences. En effet, notre résultat principal retrouvait que les enfants ayant des contacts avec les équipes sociales sont un tiers dans la population d'enfants venus pour un motif psychiatrique, ainsi la souffrance sociale fait également partie du quotidien des urgences. Le rapport fait pour l'Assemblée Nationale en 2019 sur les enfants pris en charge par l'ASE (2) rappelait qu'il existe une obligation de formation à la protection de l'enfance pour les professionnels en relation avec l'enfance en danger. En effet, selon l'article L. 542-1 du code de l'éducation, « *Les médecins, l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux, les travailleurs sociaux, les magistrats, les personnels enseignants, les personnels d'animation sportive, culturelle et de loisirs et les personnels de la police nationale, des polices municipales et de la gendarmerie nationale reçoivent une formation initiale et continue, en partie commune aux différentes professions et institutions, dans le domaine de la protection de l'enfance en danger* ». Ce rapport soulignait les carences en formation des médecins dont le faible nombre d'informations préoccupantes en est un des reflets. Il était donc proposé dans ce rapport d'améliorer la formation des professionnels en créant un module spécifique dans la formation initiale et en créant, dans chaque centre hospitalier susceptible d'accueillir des enfants, une équipe pluridisciplinaire référente "protection de l'enfance".

Le nombre de passage était significativement plus élevé chez les enfants ayant déjà rencontrés des difficultés sociales, que cela soit pour le nombre de passage total avant 2016, ou le nombre de passage total et pour motif psychiatrique depuis la naissance. Ainsi, cette souffrance sociale se ressent aussi dans le nombre de passage. Il s'agit d'enfants qui viennent plus souvent aux urgences. À contrario, nous n'avons pas retrouvé qu'ils venaient plus souvent pour des motifs traumatologiques. En effet, les conduites à risque et les troubles du comportement auraient pu faire penser à des consultations pour motif traumatologique plus fréquentes ce qui n'est pas le cas ici. Ainsi, l'urgence semble un mode de consultation privilégié pour ces enfants. L'étude de Chatagner *et al* (51) montrait que les enfants et adolescents en rapport avec les services de protection de l'enfance consultaient davantage en urgence et moins dans les consultations ordinaires de secteur. Or les consultations de secteur de type CMP ou hôpitaux de jour semblent les plus adaptés pour les prises en charge complexes qu'ils supposent. Il existe donc une dissociation entre le besoin de soin régulier, continu, suffisamment dense, et un accès privilégié au système sanitaire par l'urgence. Ainsi, les équipes en charge de ces adolescents doivent être encore plus vigilantes pour éviter les ruptures de suivi et la discontinuité des soins. Ceci ramène à la nécessité de travailler en réseau entre tous les professionnels, celle-ci a largement déjà été décrite. Cependant, sur le plan pratique, il existe, à notre connaissance, très peu de protocoles entre les différents services de l'aide sociale à l'enfance ou les différents foyers et les urgences pédiatriques ni même les CMP ou CMPP, ce qui permettrait une meilleure prise en charge des enfants. Ces dysfonctionnements de communications ont été mis en lumière dans le rapport de l'ARS sur les CMP infanto-juvéniles de juillet 2019 (10). Ce défaut de continuité pourrait aussi faire partie des raisons pour lesquelles le suivi des enfants est plus difficile. De plus, concernant les enfants de l'ASE, dans ce même rapport, les CMP de Nouvelle Aquitaine déclaraient que 37,5% d'entre eux ont des relations étroites avec l'ASE pour permettre un repérage précoce des troubles. Ces chiffres sont encourageants et ce partenariat doit être poursuivi et mis en valeur.

Sur le plan psychiatrique, l'analyse comparative trouvait également que les enfants n'ayant jamais eu de contact avec des équipes sociales ont significativement moins d'antécédents de pathologies psychiatriques, moins d'hospitalisation en pédopsychiatrie, moins d'antécédents de prise de traitement à visée psychiatrique et moins de traitement au moment du passage. Ces résultats corroborent l'hypothèse qu'une situation sociale stable permettrait d'éviter d'avoir un facteur déclenchant une pathologie psychiatrique sous-jacente. De plus, ils nous évoquent également que le risque de rechute chez ses patients ayant des antécédents est très présent, ce qui pousse à être plus vigilant dans leur suivi. Ainsi, comme l'analyse montrait que les enfants ayant des pathologies psychiatriques conduisant à consulter aux urgences étaient un tiers à avoir des contacts avec les services et notamment l'ASE, il paraîtrait donc légitime de se demander dans le sens inverse s'il ne faudrait pas également mettre l'accent sur le suivi psychologique des enfants placés de l'ASE. Cette problématique est de plus en plus d'actualité et fait l'objet de propositions par le rapport d'information pour l'assemblée nationale de juillet 2019 (2). Le rapport fait un état des lieux des pratiques et constate que seuls 44 % des conseils départementaux mettent en œuvre un bilan de santé pour les enfants pris en charge par l'ASE, et 28 % l'ont rendu systématique. Les raisons évoquées pour cet échec des politiques de santé sont le faible temps disponible des éducateurs et des dysfonctionnements de l'offre médicale. Les principales propositions faites sont de généraliser à court terme la prise en charge au forfait des enfants placés (parcours adapté prenant en compte la spécificité des besoins de l'enfant accueillis par l'ASE), de désigner un médecin référent au sein de l'assurance maladie et des Agences régionales de santé, de rembourser les consultations de psychologues et psychiatres de ville quand les délais de prises en charge en centre d'action médico-sociale précoce (CAMPS) ou en centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) dépassent les deux mois. Tout ceci est encore au stade de proposition. À noter que dans trois départements, un projet « santé protégée » est en cours de mise en place. Ce projet est une expérimentation pour un parcours de soins coordonnés des enfants et adolescents protégés, cela inclurait une prise en charge somatique et mentale précoce reposant sur la création d'un forfait annuel prise en charge à 100% par la sécurité sociale. Si ce projet est généralisé, il permettrait d'apporter une attention particulière aux enfants placés et de mettre la prévention au centre de leur prise en charge.

Les forces et limites de l'étude

Les forces

Les avantages de cette étude sont que son caractère rétrospectif lui permet la maîtrise du délai de réalisation ainsi que l'homogénéité des conditions de recueil des données. L'autre avantage est le coût de réalisation qui très inférieur à celui d'une étude prospective. De plus, la taille de l'échantillon est correcte.

Du fait de son caractère épidémiologique, cette étude contribue à l'enrichissement de la connaissance du profil des consultations pédopsychiatriques aux urgences pédiatriques. Le choix des urgences pédiatriques pour cette étude paraît pertinent car c'est un mode de consultation fréquent des adolescents.

Les limites

Le fait que cette étude soit rétrospective lui apporte de nombreuses limites. Notamment sur les données manquantes. En effet, les données n'ont pas été recueillies dans le cadre d'une étude clinique prospective mais l'ont été dans les dossiers médicaux plus ou moins complets. Certaines informations auraient pu être connues des équipes sans qu'elles soient notées dans le dossier. Ainsi, par exemple, pour les données des parents qui étaient très peu renseignées, nous avons décidé de ne pas l'exploiter dans la discussion du fait de trop nombreuses données manquantes ne permettant d'en tirer des conclusions. De plus, le choix des variables a été fait sur des données qui nous semblaient justes mais nous avons pu en oublier, notamment des variables plus subjectives. À noter que les pathologies psychiatriques n'ont pas été évaluées par un entretien semi dirigé, il n'est par conséquent, pas possible de les rattacher à une classification des troubles mentaux en vigueur du type DSM ou CIM.

Notre étude présente également un biais de sélection. Nous avons choisi d'analyser seulement les enfants ayant consulté aux urgences mais d'autres sont vus par l'équipe de pédopsychiatrie notamment, par exemple, les tentatives de suicide passant d'abord par la réanimation. En effet, ces enfants sont aussi au contact des équipes de pédiatrie de Bordeaux mais ne figurent pas dans notre étude.

L'autre limite de cette étude est sa faible puissance car elle est monocentrique, elle permet de décrire la population des urgences pédiatriques de Bordeaux mais pas d'extrapoler à d'autres populations. Il serait intéressant de réaliser une étude sur tous les enfants consultants aux urgences pédiatriques de Bordeaux, quel que soit le motif, pour en avoir le nombre ayant des problèmes sociaux et permettant de comparer avec le chiffre de 33% chez les enfants venant pour un motif psychiatrique. De plus, une étude comparative avec les enfants ayant consultés en ambulatoire, en CMP par exemple, permettrait d'appuyer nos constatations.

CONCLUSION

Cette étude se penche sur un problème de santé publique encore peu étudié mais dont les autorités sanitaires commencent à mesurer l'importance, comme le montre les rapports récents pour l'Assemblée Nationale (2) mais aussi ceux de l'ARS (10,11). Ces sujets demandent une mise en place de mesures difficiles et très coûteuses.

Notre étude est, à notre connaissance, une des premières étudiant cette population à Bordeaux. Les résultats sont globalement en accord avec la littérature et permettent de dessiner les caractéristiques des enfants consultants aux urgences pédiatriques pour un motif pédopsychiatrique avec mise en évidence de certaines tendances. Il s'agit d'enfants, dont environ un tiers ont des contacts avec des services sociaux, qui sont suivis une fois sur deux sur le plan psychiatrique mais dont le mode de consultation est l'urgence. Ces caractéristiques s'intriquent dans un changement sociétal de consommation du soin. Ce changement a pour conséquence l'explosion du nombre de passage aux urgences, pédiatriques ou adultes, mettant en difficultés les équipes et structures d'accueil.

Ces différents changements appuient la nécessité d'un travail en réseau de soins pluridisciplinaires. Les services de pédiatrie, l'inter secteur de psychiatrie infanto-juvénile, les services sociaux et de protection de la jeunesse et les juges des enfants en seront les principaux acteurs. Pour répondre correctement en urgence à la souffrance psychique d'un jeune, il est indispensable de concevoir des réponses sur plusieurs niveaux et d'avoir des intervenants en amont et en aval de la situation de crise pour permettre une continuité. De plus, les constatations montrent une nécessité de sensibilisation et de formation des professionnels au contact de ces enfants.

Nos chiffres sont le reflet des difficultés actuelles en pédopsychiatrie et plus particulièrement pour l'accueil en ambulatoire des patients. Face à l'explosion des demandes, les services publics peinent à répondre et à fournir une prise en charge dans des délais relativement courts. Les problèmes retrouvés sont surtout les délais de prise en charge en ambulatoire très longs et les difficultés à recevoir les demandes urgentes. Ainsi, les services d'urgence se retrouvent en première ligne. Le lieu des urgences, même s'il peut être parfois critiqué comme étant peu adapté à l'accueil de ces patients en souffrance psychique, apporte la contenance qui fait le plus souvent défaut chez ces jeunes. Ainsi, la collaboration entre les services d'urgence et la pédopsychiatrie est primordiale et doit être renforcée. L'augmentation des troubles du comportement, questionne tout de même l'intérêt d'avoir des lits adaptés de prise en charge avec pourquoi pas des hôpitaux de jour réactifs permettant une évaluation dans la journée comme à Toulouse.

Cette étude, appuie le fait que l'appréhension de la dimension environnementale et notamment familiale fait partie intégrante de la démarche de soin en pédiatrie et pédopsychiatrie.

Par ailleurs, cette étude comporte certains biais liés notamment à son caractère rétrospectif. Une étude prospective pourrait permettre d'explorer plus précisément le profil de ces enfants. De plus, une étude menée en ambulatoire pourrait également confirmer ou non nos hypothèses, et ainsi mener à une réelle réflexion sur les pratiques actuelles et de nouvelles modalités d'accueil pour améliorer les prises en charges et les soins.

RÉFÉRENCES

1. Pelletier S. Les exercices de l'autorité parentale. *J Droit Jeunes*. 2003;229(9):33.
2. Goulet P. Rapport d'information par la mission d'information sur l'aide sociale à l'enfance [Internet]. Assemblée Nationale; 2019 juill [cité 15 janv 2020]. Report No.: 2110. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i2110.asp>
3. Article L. 221-1. code de l'action sociale et des familles.
4. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques DREES. 341 000 mesures d'aide sociale à l'enfance en cours fin 2017 [Internet]. 2018 oct [cité 25 janv 2020]. Report No.: 1090. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1090.pdf>
5. Article R226-2-2. Code de l'action sociale et des familles.
6. Observatoire national de la protection de l'enfance. Treizième rapport au Gouvernement et au Parlement [Internet]. 2019 [cité 25 janv 2020]. Disponible sur: https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/13e_ragp_complet_web_0.pdf
7. Dulin A. Prévenir les ruptures dans les parcours en protection de l'enfance, avis de Conseil économique, social et environnemental. *Journal officiel de la République Française* [Internet]. juin, 2018 p. 98. Disponible sur: https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2018/2018_17_protection_enfance.pdf
8. Observatoire Départemental, de la Protection de l'Enfance. Rapport ODPE 33 [Internet]. 2016 nov [cité 25 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.gironde.fr/sites/default/files/2017-05/Rapport%20ODPE%2033%202016%20.pdf>
9. Milon A. Rapport d'informations fait au nom de la mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France [Internet]. SENAT; 2017 avr [cité 24 janv 2020]. Report No.: 494. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r16-494/r16-4941.pdf>
10. ORS (Observatoire Régional de la Santé) de Nouvelle Aquitaine, ARS Nouvelle Aquitaine. Les centres médico-psychologiques (CMP) de Nouvelle-Aquitaine. Volet 1 : Les CMP infanto-juvéniles [Internet]. 2019 mai [cité 15 janv 2020]. Disponible sur: https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2019/07/59-1.CMP_IJ.pdf
11. ARS Nouvelle-Aquitaine – CREAI Aquitaine. Les CMPP en Nouvelle-Aquitaine : activité et public accompagné [Internet]. 2018 sept [cité 15 janv 2020]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-10/Rapport_CMPP_NA_2018.pdf
12. Article 371-2 [Internet]. Code civil. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006426469>
13. LOI n° 2002-305 relative à l'autorité parentale. mars 4, 2002 p. 4161.
14. HAS, Haute Autorité de Santé. Autisme et autres troubles envahissants du développement [Internet]. 2010 janv [cité 30 janv 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-03/autisme__etat_des_connaissances_argumentaire.pdf

15. Kovess-Masfety V. La santé mentale, l'affaire de tous. [Internet]. Centre d'Analyses Stratégiques; 2009 nov [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/094000556.pdf>
16. Organisation, mondiale de la Santé. Plan d'action pour la santé mentale, 2013-2020 [Internet]. 2013 [cité 29 janv 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf;jsessionid=C948F5996ACF37102752701DAA4DB0FE?sequence=1
17. Pr Moro M-R. Mission bien-être et santé des jeunes [Internet]. Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse; 2016 nov [cité 29 janv 2020] p. 103. Disponible sur: file:///E:/rapport_mission_bien-etre_et_sante_des_jeunes_partie_1.pdf
18. Conference de haut-niveaude l' UE. Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être [Internet]. 2008 juin [cité 29 janv 2020]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/mhpact_fr.pdf
19. Haut Conseil de la Santé Publique. Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 [Internet]. 2016 avr [cité 25 janv 2020] p. 228. Disponible sur: [file:///C:/Users/pafav/Downloads/hcspr20160310_evalplanpsysantementale20112015%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/pafav/Downloads/hcspr20160310_evalplanpsysantementale20112015%20(1).pdf)
20. Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Projet Régional de Santé Nouvelle Aquitaine 2018-2028 [Internet]. 2018 [cité 29 janv 2020]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-04/PRS%20NA_Synthese_diag_09_2017.pdf
21. Daj A. Circulaire n° 39-92 DH PE/DGS 3 C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques. 30 juill 1992;8.
22. Guedj M-J. L'urgence à l'adolescence. *Adolescence*. 2011;77(3):615.
23. Speranza M, Laudrin S, Guillemet I, de Guillenchmidt C, Jallade C, Epelbaum C. Urgences et intervention de crise en psychiatrie infanto-juvénile Emergency and crisis intervention in child and adolescent psychiatry. 2019;6.
24. Healy E, Saha S, Subotsky F, Fombonne E. Emergency presentations to an inner-city adolescent psychiatric service. *J Adolesc*. août 2002;25(4):397-404.
25. Razafindralambo L. La prise en charge des urgences de pédopsychiatrie au service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique ou SECOP à Bordeaux [Thèse de docteur en médecine]. Université de Bordeaux; 2010.
26. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques DREES. Urgences : plus du quart des passages concernent les enfants de moins de 15 ans [Internet]. 2019 [cité 26 janv 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1128.pdf>
27. Nombre de passages aux urgences pédiatriques en France de 2013 à 2017 [Internet]. [cité 28 janv 2020]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/689312/nombre-passages-urgences-pediatriques-france/>
28. Newton AS, Ali S, Johnson DW, Haines C, Rosychuk RJ, Keaschuk RA, et al. A 4-year review of pediatric mental health emergencies in Alberta. *CJEM*. sept 2009;11(05):447-54.

29. Hiscock H, Neely RJ, Lei S, Freed G. Paediatric mental and physical health presentations to emergency departments, Victoria, 2008–15. *Med J Aust.* mai 2018;208(8):343-8.
30. 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. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* avr 2007;55(1):23-30.
31. Chatagner A, Raynaud J-P. Adolescents et urgences pédopsychiatriques : revue de la littérature et réflexion clinique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* janv 2013;61(1):8-16.
32. Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie. Feuille de Route. Santé mentale et psychiatrie [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018 juin [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf
33. Lopez A, Turan-Pelletier G. Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2017 nov [cité 25 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/184000071.pdf>
34. Abdoucheli-Dejours É. La demande de consultation psy en cmpe: Gérer la liste d'attente ou soigner ? *Enfances Psy.* 2006;30(1):165.
35. Cases C, Salines E. Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage. *Rev Fr Aff Soc.* 2004;1(1):181.
36. Bouet P. Atlas de la démographie médicale 2016 [Internet]. Conseil National De l'Ordre Des Médecins; 2016 janv [cité 29 janv 2020] p. 326. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1j2jckd/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
37. Frechon I, Dumaret A-C. Bilan critique de 50 ans d'études sur le devenir adulte des enfants placés. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* mai 2008;56(3):135-47.
38. Dumaret A-C, Coppel-Batsch M. Évolution à l'âge adulte d'enfants placés en familles d'accueil. *Psychiatr Infant.* 39(2):613-71.
39. Andersson G. Family relations, adjustment and well-being in a longitudinal study of children in care. *Child Htmnt Glyphamp Asciiamp Fam Soc Work.* févr 2005;10(1):43-56.
40. Oswald SH, Heil K, Goldbeck L. History of Maltreatment and Mental Health Problems in Foster Children: A Review of the Literature. *J Pediatr Psychol.* 1 juin 2010;35(5):462-72.
41. Martin A, Jégo-Sablier M, Prudhomme J, Champsaur L. Parcours de santé des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance des Bouches-du-Rhône. *Santé Publique.* 2017;29(5):665.
42. Pilowsky DJ, Wu L-T. Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample of American adolescents involved with foster care. *J Adolesc Health.* avr 2006;38(4):351-8.
43. Schmid M, Goldbeck L, Nuetzel J, Fegert JM. Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* déc 2008;2(1):2.

44. Ford T, Vostanis P, Meltzer H, Goodman R. Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: Comparison with children living in private households. *Br J Psychiatry*. avr 2007;190(4):319-25.
45. Burns BJ, Phillips SD, Wagner HR, Barth RP, Kolko DJ, Campbell Y, et al. Mental Health Need and Access to Mental Health Services by Youths Involved With Child Welfare: A National Survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. août 2004;43(8):960-70.
46. Janssens A, Deboutte D. Psychopathology among children and adolescents in child welfare: a comparison across different types of placement in Flanders, Belgium. *J Epidemiol Community Health*. 1 avr 2010;64(4):353-9.
47. Cautenet A. Consultations pédopsychiatriques aux urgences pédiatriques du CHU de Nancy: profil et comparaison à 10 ans [Thèse de docteur en médecine]. Université de Lorraine; 2015.
48. Ferrand M. Caractéristiques cliniques et socio-démographiques d'une population pédiatrique ayant consulté de façon multiple aux urgences de l'hôpital d'enfants du CHU de Nancy pour motif pédopsychiatrique : Etude rétrospective sur trois années [Thèse de docteur en médecine]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2014.
49. Cohen L, Gras-Le Guen C, Fleury J, Caldagues E, Dreno L, Picherot G, et al. Agitation des adolescents dans les services d'accueil des urgences pédiatriques : problématique des cas dits « complexes ». *Arch Pédiatrie*. déc 2017;24(12):1214-9.
50. Zebiche H, Blanc B, Legras S, Maestracci M, Rodière M. Adolescents en grande difficulté aux urgences. *J Eur Urgences*. mars 2008;21:A117.
51. Chatagner A, Olliac B, Choquet L-H, Botbol M, Raynaud J-P. Adolescents reçus en urgence en psychiatrie infanto-juvénile. Qui sont-ils ? Quel est leur parcours ? Quel suivi social et/ou judiciaire ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. mars 2015;63(2):124-32.
52. Richard Y, Saint-Andre S, Lazartigues A. Caractéristiques d'une cohorte d'enfants et d'adolescents de la liste d'attente de consultation d'un service universitaire sectorisé de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHU de Brest. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. nov 2008;56(7):430-8.
53. Kennedy A, Cloutier P, Glennie JE, Gray C. Establishing Best Practice in Pediatric Emergency Mental Health: A Prospective Study Examining Clinical Characteristics. *Pediatr Emerg Care*. juin 2009;25(6):380-6.
54. Département de Loire-Atlantique, DREES. Repères Chiffres Clés quelle aide sociale aux enfants en Loire-Atlantique [Internet]. 2018 nov [cité 30 janv 2020]. Disponible sur: https://observatoire.loire-atlantique.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/reperes_chiffres_cles_quelle_aide_sociale_aux_enfants_en_loire-atlantique.pdf
55. Jean S, Kim B, Donna R. Psychiatric Emergencies in Children and Adolescents: An Emergency Department Audit. *Australas Psychiatry*. déc 2006;14(4):403-7.
56. Boyer L, Henry J-M, Samuelian J-C, Belzeaux R, Auquier P, Lancon C, et al. Mental Disorders among Children and Adolescents Admitted to a French Psychiatric Emergency Service. *Emerg Med Int*. 2013;2013:1-7.

57. Dil LM, Vuijk PJ. Emergency Presentations to an Inner-city Psychiatric Service for Children and Adolescents. *Child Care Pract.* juill 2012;18(3):255-69.
58. Sullivan AM, Rivera J. Profil of a comprehensive psychiatric emergency program in a New York City municipal hospital. *Psychiatr Q.* 2000;71(2):123-38.
59. Gicquel L, Corcos M. Troubles du comportement de l'adolescent. *Rev Prat.* 2007;57:11.
60. Tadros A, Davidov DM, Coleman J, Davis SM. Pediatric Visits to United States Emergency Departments for Alcohol-Related Disorders. *J Emerg Med.* mai 2013;44(5):1034-8.
61. INSERM. Troubles mentaux – Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. 2002;233-49.
62. Dugravier R, Faure-Fillastre O, Barbey-Mintz A-S. Théorie de l'attachement: de la dépendance à l'autonomie. Toulouse: Editions Erès; 2015.
63. Case SD, Case BG, Olfson M, Linakis JG, Laska EM. Length of Stay of Pediatric Mental Health Emergency Department Visits in the United States. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* nov 2011;50(11):1110-9.
64. Santiago LI, Tunik MG, Foltin GL, Mojica MA. Children Requiring Psychiatric Consultation in the Pediatric Emergency Department: Epidemiology, Resource Utilization, and Complications. *Pediatr Emerg Care.* févr 2006;22(2):85-9.
65. Mahajan P, Alpern ER, Grupp-Phelan J, Chamberlain J, Dong L, Holubkov R, et al. Epidemiology of Psychiatric-Related Visits to Emergency Departments in a Multicenter Collaborative Research Pediatric Network: *Pediatr Emerg Care.* nov 2009;25(11):715-20.
66. Crespo Marcos D, Solana García M^{aj.}, Marañón Pardo R, Gutiérrez Regidor C, Crespo Medina M, Míguez Navarro C, et al. Pacientes psiquiátricos en el servicio de urgencias de pediatría de un hospital terciario: revisión de un período de 6 meses. *An Pediatría.* juin 2006;64(6):536-41.
67. Podlipski M-A, Peuch A-C, Belloncle V, Rigal S, Grall-Lerosay M, Castanet M, et al. Accueil en urgence des adolescents pour motif pédopsychiatrique. *Arch Pédiatrie.* janv 2014;21(1):7-12.
68. Perraudin M, Coulon S. La prescription hors autorisation de mise sur le marché (hors AMM) en pédopsychiatrie. *Inf Psychiatr.* 2018;94:8.
69. Mari DC, Ledésert DB. Repérage et prise en charge précoce des troubles psychiques des enfants et adolescents dans les CAMSP, CMP et CMPP en Midi-Pyrénées [Internet]. Agence régionale de santé Languedoc-Roussillon – Midi-Pyrénées; 2016 févr [cité 25 janv 2020] p. 70. Disponible sur: http://ancreai.org/wp-content/uploads/2018/02/2016_rapport_camsp-cmp-cmpp_synthese_regionale_-_vf.pdf
70. Speranza M. Les urgences pédopsychiatriques : expérience de la création d'une unité d'accueil et d'urgence au sein du CHU de Bicêtre. 1999;6(2):471-4.
71. Lemoust de Lafosse H, Blanc R. Étude sur l'attachement et les troubles du comportement à l'adolescence chez des jeunes placés en institution. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* mars 2016;64(2):93-101.

72. Dr Marie-Paule Martin-Blachais. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance [Internet]. 2017 févr [cité 15 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.cnape.fr/documents/publication-du-rapport-de-la-demarche-de-consensus-sur-les-besoins-de-lenfant/>
73. HAS. Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours [Internet]. 2014 juin [cité 28 janv 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours_-_note_de_cadrage_2014-06-13_10-53-16_714.pdf

ANNEXES

ANNEXE 1

Tableau de correspondance entre la CFTMEA et la CIM 10 proposé dans le rapport de l'ARS de septembre 2018 sur les CMPP en Nouvelle-Aquitaine (11).

Tableau de correspondance entre la CFTMEA et la CIM10

CFTMEA	CIM10
0 Variations de la normale	
1.0 Troubles envahissants du développement et troubles du spectre de l'autisme	F84 Troubles envahissants du développement et troubles du spectre de l'autisme
1.1 à 1.9 Schizophrénies, troubles psychotiques, troubles thymiques de l'enfance et de l'adolescence	F20-F29 Schizophrénie, troubles schizothymiques et troubles délirants F30-39 Troubles de l'humeur (affectifs)
2 Troubles névrotiques	F40-F48 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
3 Pathologies limites	F90-F98 Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
4 Troubles réactionnels	F40-F48 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
5 Déficiences mentales	F70-F79 Retard mental F0 Troubles mentaux organiques
6 Troubles du développement et des fonctions instrumentales	F80-F89 sauf F84 Troubles du développement psychologique à l'exception des TED et troubles du spectre de l'autisme
7 Troubles des conduites et du comportement	F50-F59 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques F10-F19 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives F60 à F69 Troubles de la personnalité
8 Troubles à expression somatique	F80-F89 sauf F84 Troubles du développement psychologique à l'exception des TED et troubles du spectre de l'autisme
9 Manifestations et symptômes à type d'anxiété, de phobie, de conversion, de compulsion	F40-F48 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
Aucun de ces troubles	Aucun de ces troubles
Pas de diagnostic	Pas de diagnostic

Tableau de correspondance entre la CIM10 et la CFTMEA

CIM10	CFTMEA
F0 Troubles mentaux organiques	5 Déficiences mentales
F10-F19 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	7 Troubles des conduites et du comportement
F20-F29 Schizophrénie, troubles schizothymiques et troubles délirants	1.1 à 1.9 Schizophrénies, troubles psychotiques, troubles thymiques de l'enfance et de l'adolescence
F30-39 Troubles de l'humeur (affectifs)	1.1 à 1.9 Schizophrénies, troubles psychotiques, troubles thymiques de l'enfance et de l'adolescence
F40-F48 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	2 Troubles névrotiques 4 Troubles réactionnels 9 Manifestations et symptômes à type d'anxiété, de phobie, de conversion, de compulsion
F50-F59 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	7 Troubles des conduites et du comportement
F60 à F69 Troubles de la personnalité	7 Troubles des conduites et du comportement
F70-F79 Retard mental	5 Déficiences mentales
F80-F89 sauf F84 Troubles du développement psychologique à l'exception des TED et troubles du spectre de l'autisme	6 Troubles du développement et des fonctions instrumentales 8 Troubles à expression somatique
F84 Troubles envahissants du développement et troubles du spectre de l'autisme	1.0 Troubles envahissants du développement et troubles du spectre de l'autisme
F90-F98 Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	3 Pathologies limites
Aucun de ces troubles	Aucun de ces troubles
Pas de diagnostic	Pas de diagnostic

ANNEXE 2

Définition de l'épisode dépressif majeur selon le DSM-5. Traduction proposée par l'HAS dans sa note de cadrage sur les troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours (73).

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes). NB : Éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.

(2) Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.

NB : Les critères A à C caractérisent l'EDC.

NB : La réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notée au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un EDC en plus de la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

Pour constituer un trouble dépressif unipolaire, les critères D et E doivent s'y ajouter.

D. L'occurrence de l'EDC n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

ANNEXE 3

Critères diagnostiques d'un trouble bipolaire selon le DSM 5. Traduction proposée par l'HAS dans sa note de cadrage sur les troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours (73).

DSM 5. Critères diagnostiques Trouble bipolaire de type I
A. Les critères (critères A à D de l'épisode maniaque) ont été respectés pour au moins un épisode maniaque.
B. L'occurrence d'un épisode maniaque et d'un épisode dépressif majeur n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou par un autre trouble psychotique.
L'épisode maniaque peut avoir été précédé et suivi par un épisode hypomaniaque ou par un épisode dépressif caractérisé.

DSM 5. Critères diagnostiques Trouble bipolaire de type II
A. Les critères (A à F) ont été respectés pour au moins un épisode hypomaniaque et pour au moins un épisode dépressif.
B. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque.
C. L'occurrence d'un épisode hypomaniaque et d'un épisode dépressif majeur n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou par un autre trouble psychotique.
Les symptômes de dépression ou le caractère imprévisible provoqué par l'alternance fréquente des périodes de dépression et des périodes d'hypomanie entraînent une détresse cliniquement significative ou une détérioration des activités sociales, du fonctionnement professionnel, ou dans d'autres domaines importants de fonctionnement.

SERMENT HIPPOCRATE

“Au moment d’être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j’y manque.”

Résumé

Consultations pédopsychiatriques aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux : profil social et sociodémographique sur l'année 2016.

Introduction :

Le nombre de consultations aux urgences pédiatriques est en constante augmentation en France, ainsi que les demandes de soin en pédopsychiatrie avec de longs délais de prise en charge. L'urgence est un mode d'entrée dans le soin fréquent en psychiatrie c'est pourquoi l'analyse des données aux urgences nous a parue pertinente. De plus, pédopsychiatrie et enfance en danger sont étroitement liées mais peu de données existent sur la population de pédopsychiatrie des urgences pédiatriques. L'objectif principal de cette étude est donc d'estimer le pourcentage d'enfant ayant des problèmes sociaux parmi ceux consultant pour un motif psychiatrique aux urgences pédiatriques.

Matériel et méthodes :

Une étude observationnelle rétrospective monocentrique a été réalisée. Les enfants inclus étaient tous ceux ayant consultés aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux du 1er janvier au 31 décembre 2016 pour un motif psychiatrique ou ayant nécessité l'intervention de l'équipe de pédopsychiatrie. Le critère de jugement principal était la présence de toute intervention sociale, sur l'année 2016 ou avant, comprenant les mesures administratives (Information Préoccupante en cours, TISF, AED) ou judiciaires (placement en foyer, AEMO, signalement judiciaire en cours).

Résultats :

33,25% des 414 enfants inclus avaient eu un contact avec des équipes sociales avant leur premier passage de 2016 dont 65% étaient d'origine judiciaire. Dans 22% des cas, le premier passage aux urgences de 2016 a donné lieu à une nouvelle intervention sociale. Il y avait 57% de filles avec un âge médian de 13 ans. L'analyse comparative des enfants ayant déjà eu des contacts avec des équipes sociales par rapport à ceux n'en ayant jamais eu, retrouvait significativement dans le premier groupe, moins de filles ($p=0.002$), moins de parents en couple et d'enfants vivants chez leurs deux parents ($p<0.0001$), plus d'enfants déscolarisés depuis plus d'un mois ($p=0.0178$), plus de passages aux urgences depuis la naissance ($p=0.0004$). Sur le plan psychiatrique, les enfants ayant eu des contacts avec les équipes sociales avaient plus d'antécédents psychiatriques connus et de prise de traitement à visée psychiatrique (notamment au moment du passage ($p<0.0001$)) ainsi qu'un nombre de pathologies à type de troubles du comportement ($p<0.0001$) plus important.

Conclusion :

Nos résultats suggèrent un nombre important d'enfants ayant des difficultés sociales parmi ceux consultants aux urgences pédiatriques pour un motif psychiatrique.

Discipline : Médecine Générale

Mots clés : Urgences pédiatriques, pédopsychiatrie, enfance en danger, aide sociale à l'enfance

Université Victor Segalen Bordeaux 2, UFR DES SCIENCES MEDICALES

146 rue Léo Saignat
33000 Bordeaux