



**HAL**  
open science

# Impact de la pandémie de Covid-19 sur la santé mentale des enfants et des adolescents : étude rétrospective aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux

Emma Lespes-Hislen

## ► To cite this version:

Emma Lespes-Hislen. Impact de la pandémie de Covid-19 sur la santé mentale des enfants et des adolescents : étude rétrospective aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04296568

**HAL Id: dumas-04296568**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04296568>**

Submitted on 20 Nov 2023

**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.

**U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES**

Année 2023

Thèse n°3106

THESE POUR L'OBTENTION DU  
**DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Discipline : Psychiatrie - Pédopsychiatrie**

Présentée et soutenue publiquement le 6 octobre 2023 par

**Emma LESPES-HISLEN**

Née le 11 novembre 1995 à Bordeaux (33)

**Impact de la pandémie de Covid-19 sur la santé mentale  
des enfants et des adolescents**

**Etude rétrospective aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux**

*Co-directeurs de thèse :*

Madame le Docteur Marion LEROUGE-BAILHACHE

&

Monsieur le Professeur Cédric GALERA

*Membres du jury :*

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD

Président

Monsieur le Docteur Patrick AYOUN

Juge

Monsieur le Docteur Olivier RICHER

Juge

Madame le Docteur Leila LAZARO

Rapporteur

# Remerciements

*Au président du jury,*

**Monsieur le Professeur Manuel Bouvard,**

*Pédopsychiatre, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier*

*Responsable du Pôle de Psychiatrie Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (PUPEA)*

*Centre Hospitalier Charles Perrens – Université de Bordeaux*

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie de votre enseignement précieux et de votre disponibilité depuis le début de mon internat. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

*A mes directeurs de thèse,*

**Madame le Docteur Marion Lerouge-Bailhache,**

*Pédiatre, Praticien Hospitalier*

*Responsable du Service des Urgences Pédiatriques*

*Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux*

Je vous remercie de m'avoir fait confiance en acceptant d'encadrer ce travail de thèse.

Merci infiniment pour votre aide, votre implication, votre réactivité, vos conseils avisés et votre écoute tout au long de ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

**Monsieur le Professeur Cédric Galera,**

*Pédopsychiatre, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier*

*Pôle de Psychiatrie Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (PUPEA)*

*Centre Hospitalier Charles Perrens – Université de Bordeaux*

Je vous remercie grandement de m'avoir offert votre expertise au cours des étapes clés de ce travail de thèse. Merci également pour la qualité de votre enseignement lors des cours dispensés durant mon internat. Soyez assuré de ma sincère gratitude et de ma profonde considération.

***A mon rapporteur,***

**Madame le Docteur Leila Lazaro,**

*Pédiatre, Praticien Hospitalier*

*Centre Hospitalier de la Côte Basque (Bayonne)*

Je suis très honorée que vous ayez accepté d'être le rapporteur de ce travail. Je vous adresse mes sincères remerciements pour l'attention et l'intérêt que vous y avez porté, également pour le temps et le soin que vous avez pris afin que nous échangions à ce sujet. Veuillez trouver le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

***Aux membres du jury,***

**Monsieur le Docteur Patrick Ayoun,**

*Pédopsychiatre, Praticien Hospitalier*

*Responsable de l'Unité de traitement ambulatoire pour adolescents (UTAA)*

*Pôle de Psychiatrie Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (PUPEA)*

*Centre Hospitalier Charles Perrens*

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail et d'apporter vos connaissances et votre expérience dans le domaine de la pédopsychiatrie d'urgence et de liaison. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

**Monsieur le Docteur Olivier Richer,**

*Pédiatre, Praticien Hospitalier*

*Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux – Hôpital des Enfants*

Je suis honorée que vous ayez accepté de juger mon travail de thèse afin d'y apporter votre regard pédiatrique. Votre expérience auprès des enfants et des adolescents aux urgences sera un apport certain pour discuter ce travail. Veuillez croire en l'expression de mon sincère respect.

## *A mes maîtres de stages et collègues,*

A l'équipe du 3ème de l'Institut Bergonié qui a accompagné mes premières aventures d'interne, et aux médecins que j'y ai croisé durant ces 7 mois. J'ai énormément appris à vos côtés. Merci au Docteur Fontanet BIJOU pour sa prévenance, sa pédagogie et sa pertinence clinique. Je n'oublie pas le trio de choc Cindy, Anaïs et Guillemette, qui savait apporter un peu de légèreté dans les moments plus difficiles. Je pense à Alice, solaire, pour son aide (et ces blagues) précieuse (s).

A l'équipe de radiothérapie de l'hôpital Haut Levêque et plus particulièrement au Docteur Charles DUPIN qui m'a appris la rigueur et la précision avec toute sa bienveillance.

A l'équipe de pédopsychiatrie de Libourne, aux Docteurs François GOSSE, David BIOLSI, Michel DE DUCLA, Françoise HERNANDEZ, et bien sur un immense merci au Docteur Bérengère BERNARDAUD, pour votre enseignement, votre encadrement, le partage enrichissant de vos expériences professionnelles. Aussi pour tous ces bons moments sur la terrasse de la Villa, jamais sans une plaque de chocolat. Vous m'avez tout à fait conforté dans le choix de cette belle spécialité qu'est la pédopsychiatrie.

A toute l'équipe de Lescure 2 dans laquelle on se sent si vite si bien. Merci pour votre accueil bienveillant et votre humour. Aux Docteurs Magali HERNANDEZ et David MISDRAHI aux côtés de qui j'ai beaucoup appris, tant sur un plan théorique que sur la relation de soin aux patients. Je garde un excellent souvenir de ce premier stage dans un service de psychiatrie adulte. Merci à Eric GLACET pour ton travail auprès des patients, d'une aide précieuse durant ce stage.

Au Docteur Cécile FAVEROLLE, fil rouge de mes stages au CHCP. C'est toujours un vrai plaisir de travailler avec toi. Merci pour ta réactivité, ton efficacité, ton dynamisme.

A l'équipe du CRA, où j'ai appris tout l'intérêt du travail en équipe et de la pluridisciplinarité. Merci au Docteur Adrien PIZANO, pour ta supervision et ta justesse d'analyse, même quand tu courrais partout. Aux Docteurs Kellen BRIOT, Andrea ANCHORDOQUI, Toky RAJERISON, Charlotte LEVY, Anouck AMESTOY, merci pour votre précieux enseignement au travers des entretiens et des staffs à vos côtés.

A toute l'équipe de Charcot, aux Docteurs Emilie CHRISTIN et Julian LIBERT, merci pour votre accueil chaleureux et votre approche clinique que je garde en tête comme un exemple.

A l'équipe de la Coccinelle et du Coquelicot, merci pour la place que vous m'avez fait parmi vous. Merci de m'avoir transmis votre savoir théorique et pratique, et votre vision de la pédopsychiatrie. Vous avez définitivement confirmé mon amour pour cette spécialité. Au Docteur Rafaèle CAMMAS, merci infiniment de m'avoir partagé ta passion d'exercer et pour le bagage précieux que tu m'as transmis.

A l'équipe de génétique du CHU qui m'a initié à cette spécialité jusque là obscure pour moi. Merci à tous de m'avoir beaucoup appris au travers de votre savoir et de votre œil clinique avisé. Un grand merci au Docteur Chloé ANGELINI pour la transmission de tes connaissances, ta supervision et ta bienveillance.

## *A ma famille et belle famille,*

A mes parents, sans qui je n'en serais pas là aujourd'hui. Je vous admire et vous suis infiniment reconnaissante, pour votre immense patience, vos sacrifices et votre dévouement. Merci pour votre amour et votre soutien inconditionnel tout au long de ces études et chaque jour de ma vie. Vous nous avez offert la chance de grandir dans un concon de bienveillance, de partage et de générosité.

A mon père qui m'a transmis le goût de l'effort et de la récompense, tu as toujours su me redonner confiance et l'envie d'avancer.

A ma mère qui a nous a toujours priorisé, écouté, encouragé, sécurisé. Tu m'as transmis les valeurs essentielles de la famille, tu es pour moi un exemple.

A mon frère Pierre (et à ma JC qui te rend heureux) et à ma sœur Loïse qui restera mon babylove, vous faite de moi une grande sœur très fière. Aux milliers de souvenirs forts et heureux qui nous unissent. J'ai hâte de tout ce que nous partagerons encore.

Je vous aime tant.

A la famille Vallet Narjou, Magalie, François, Noé, Marius. Pour toutes ces tranches de vies (et de rire) partagées et celles à venir. Quel bonheur de se retrouver dans notre belle Marinière.

A Contis, notre petit coin de paradis. Pour tous ces merveilleux moments vécus, les fiestas mémorables, les couchers de soleil, le vin blanc, les balades ressourçantes, le vin blanc, le tarthai, le vin blanc, les churros, le ratafia...

A ma grand-mère, ma Maminou. J'aurais aimé que tu sois là dans tous ces moments forts de la vie. Je garde précieusement en mémoire tes mots doux, ton sourire et tes yeux pétillants, l'odeur de ton parfum et le goût inimitable de tes crêpes.

A Patricia, merci pour tes bons petits plats, tes bons plans camping et ton franc parler qui me fait toujours autant rire. Ta résilience continuera de m'impressionner.

A Brice, Anaïs et vos petites têtes blondes, j'espère que la SNCF lira ces lignes et ouvrira vite une ligne directe Bordeaux-Lyon. Je vous embrasse.

A mes deux tourtereaux du 17.09.2022. Morgan, j'espère ne jamais cesser de rire de tes histoires interminables et romanesques qui me manqueraient trop. Manon, mon amie depuis tant d'années. Nous voilà officiellement de la même famille. Les années passées sont mémorables et celles à venir promettent de l'être tout autant. J'ai hâte de rencontrer votre crevette qui agrandira bientôt la tribu Hislen, et que j'ame déjà.

## *A mes amis,*

A Tessa. Ma partner in crime. J'ai le tourni de penser que tout ce que l'on a partagé n'est qu'une petite partie de ce qui nous attend encore... Toutes ces années la tête dans les bouquins, tous ces mauvais cafés à la machine de la BU, et on en voit le bout ensemble, enfin.

Merci d'être présente quoi qu'il arrive. Un jour j'écrirais un livre d'or pour toutes nos aventures, sans oublier les cours de conduite officieux, les matinées épiques en stage de chir, les expéditions chez Ikea en twinGold, les Moscow Mule, l'autre monde, et tout le reste...

A Ben, pour tous ces bons souvenirs, tous ces Deliveroo partagés et toutes ces bonnes soirées. Je maintiens en number one le trajet sur le toit de la KA.

A vos deux merveilles, Léo mon filleul adoré, et Telmichou, ma beauté.

A ma Juju. On n'aurait pas parié au départ mais en fait c'était une évidence. On ne compte plus les années ni les souvenirs, et je sais que tu seras toujours là. Partager ton quotidien me manque.

A Gaspard et à nos soirées jeux de société arrosées de bonnes bières Lilloises.

A Ludivine, pour le soleil que tu es en toutes circonstances et tes éclats de rire qui réchauffe le cœur. Tu es une amie formidable.

A Anne Cha, ma diva, ma drama. Mes premiers pas d'interne en oncologie m'ont conduit sur ta route, et qu'elle chance j'ai eu. It was a match, immédiatement. Merci pour la joie et les rires que tu déclenches partout où tu passes.

A Paul pour tes punchlines mythiques. Je vous souhaite beaucoup de bonheur, et encore pleins de belles escapades ensemble.

A Aymeric et à notre immortelle amitié. Collégiens on faisait des plans sur nos vies de trentenaires. Nous y voilà presque, et on ne s'était pas trop trompés. Comme tu le sais, tu fais parti de la famille.

A Claire. Merci pour ton éternel optimisme et ta douceur d'être, pour ta maladresse légendaire et tes cascades de film, pour ton ouverture d'esprit et tes idées assumées. C'était si naturel de devenir de telles amies.

Vous voilà partis à l'autre bout du globe et comme d'habitude on se retrouvera comme qui on s'étaient quittés la veille.

A Axel, mon ami fidèle. Elles sont loin les années tresses africaines, moto 50cc et les soirées Malibu Ananas dans le cabanon du jardin. Nos chemins continueront de se croiser souvent et tu sais que je ne serais jamais loin.

A ma Chacha, pour ces années d'étude à se serrer les coudes et à s'accrocher ensemble. Je garde un tendre souvenir de nos premiers studios dans la même résidence. Je ris encore de nos fou rires aux larmes sur les bancs de la fac. Je suis admirative de ton parcours.

A Amandine (et à Thomas), pour ta force de caractère et ton très grand cœur. A notre belle amitié et à nos bons gueletons, jamais sans un bon verre de vin.

A la famille Chollet, Fati, Jeremy et vos loustics d'amour. Vous méritez du bonheur pour 1000 vies. Merci pour l'accueil que vous m'avez toujours réservé. De belles aventures nous attendent tous ensemble.

A Léo et Elodie, pour nos soirées débat politique animées et l'accueil de qualité dans la maison Doutré. Longue vie à votre duo d'amour si complémentaire et à vos beaux projets d'avenir.

A Alexandre, merci de répondre toujours présent, entre autres pour le sauvetage de ce travail qui a bien failli disparaître en un clic. A Charlotte, et à vos deux petits trésors.

A Noé, pour tous ces mois de stages partagés avec plaisir. Merci de me faire rire avec tes aventures rocambolesques. Je vous souhaite beaucoup de bonheur avec Claire.

A Morgane, pour nos premiers pas ensemble en pédopsychiatrie, et les craquages vestimentaires compulsifs de l'époque.

A Julie, en souvenir des pauses goûter et pôtins à Lescure.

*A mes amours,*

A mon mari, Thomas. Il est évident que sans ton soutien inestimable ce travail n'aurait pas vu le jour. Merci de toujours croire en moi, de me faire rire, de me faire danser, de me régaler, et de m'apporter autant de bonheur. Je souhaite être chaque jour de ma vie à tes côtés.

Aucun mot ne suffiront à te remercier assez et te dire combien je t'aime.

A mon fils, Basile, ma plus grande fierté, mon bébé, mon tourbillon, mon soleil. Tu as bouleversé ma vie. Mon amour pour toi est démesuré. Je te dédie ce travail et je te promets la meilleure vie possible.

*A tous les patients et leurs familles dont j'ai croisé la route, et dont certains me laisseront un souvenir indélébile...* Merci pour votre confiance.

# Sommaire

<b>Remerciements .....</b>	<b>2</b>
<b>Liste des tableaux .....</b>	<b>14</b>
<b>Liste des figures .....</b>	<b>14</b>
<b>Liste des abréviations .....</b>	<b>15</b>
<b>1. Introduction.....</b>	<b>18</b>
1.1. Les soins en pédopsychiatrie .....	18
1.1.1. La sectorisation .....	18
1.1.2. Les modalités de soins .....	20
1.1.3. Les urgences en pédopsychiatrie.....	28
1.2. Contexte récent.....	31
1.2.1. La pandémie mondiale de Covid19 .....	31
1.2.2. L’impact en santé mentale : revue de la littérature .....	32
1.3. Question de recherche et hypothèses.....	34
1.4. Objectifs de l’étude .....	34
<b>2. Matériels et méthode .....</b>	<b>35</b>
2.1. Schéma d’étude .....	35
2.2. Population .....	35
2.3. Recueil des données .....	36
2.4. Mentions légales et éthiques .....	39
2.5. Analyses statistiques.....	40
<b>3. Résultats.....</b>	<b>41</b>
3.1. Analyses descriptives en 2021 .....	41
3.1.1. Caractéristiques socio-démographiques des patients .....	41
3.1.2. Caractéristiques des passages aux urgences .....	44
3.1.3. Antécédents psychiatriques des patients.....	46
3.1.4. Prise en charge lors du passage aux urgences.....	47

3.1.5. Traitement psychotrope au cours du passage.....	48
3.2. Analyses comparatives 2021 vs. 2016.....	50
<b>Discussion.....</b>	<b>53</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>59</b>
<b>Références .....</b>	<b>60</b>
<b>Serment d’Hippocrate .....</b>	<b>66</b>
<b>RÉSUMÉ .....</b>	<b>68</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>68</b>

## Liste des tableaux

Tableau 1 - Caractéristiques socio-démographiques des patients (n = 451)

Tableau 2 - Caractéristiques des passages (n = 611)

Tableau 3 - Antécédents psychiatriques des patients (n = 451)

Tableau 4 - Prise en charge lors du passage (n = 611)

Tableau 5 - Caractéristiques des enfants et de leur premier passage aux urgences pédiatriques pour motif psychiatrique entre mai et décembre 2016 et 2021

## Liste des figures

Figure 1 - Sectorisation de la pédopsychiatrie en Gironde

Figure 2 - Diagramme de flux

Figure 3 - Saisonnalité des passages aux urgences pédiatriques pour motif psychiatrique en 2021 (n = 611)

Figure 4 - Traitement psychotrope à l'entrée (n = 611)

Figure 5 - Traitement psychotrope à la sortie (n = 611)

Figure 6 - Evolution des molécules psychotropes prescrites lors du passage (n = 611)

## Liste des abréviations

ANTI EP : Anti épileptique

ANTI H1 : Anti histaminique de 1<sup>ère</sup> génération

AP1G : Anti psychotique de 1<sup>ère</sup> génération

AP2G : Anti psychotique de 2<sup>ème</sup> génération

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ATD : Antidépresseur

BZD : Benzodiazépine

CAMSP : Centre Action Medico Sociale Précoce

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CAUVA : Cellule d'Accueil d'Urgence des Victimes d'Agressions

CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalo Universitaire

CIM-9 : Classification Internationale des Maladies – 9eme version

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – 10eme version

CMP : Centre Médico Psychologique

CMPEA : Centre Médico Psychologique pour Enfants et Adolescents

CMPP : Centre Médico Psycho Pédagogique

CMPPPE : Centre Médico Psychologique Petite Enfance

CMU : Couverture Médicale Universelle

CREAI : Centre Régional d'Études d'Actions et d'Informations

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DSM V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5eme version

EMEA : Equipe Mobile Enfants et Adolescents

EMR : Equipe Mobile Ressource

IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

IDS : Idées Suicidaires

IM : Intra Musculaire

IME : Institut Médico Educatif

IMP : Institut Medico Pédagogique

IMPro : Institut Medico Professionnel

ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

IQR : écart inter quartile

MDA : Maison Des Adolescents

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MTPD : Méthylphénidate

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPP : Ordonnance de Placement Provisoire

ORS : Observatoire Régional de Santé

PAI : Projet d'Accueil Individualisé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PJJ : Protection Judiciaire Jeunesse

Puma : Protection Universelle Maladie

QI : Quotient Intellectuel

S.E.C.O.P : Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile

S.U.H.E.A : Service Universitaire d'Hospitalisation pour Enfants et Adolescents

TCA : troubles du Comportement Alimentaire

TOCs : Troubles Obsessionnels Compulsifs

TS : Tentative de Suicide

UMPAJA : Unité Médico Psychologique de l'Adolescent et du Jeune Adulte

UPSILON : Unité Psychiatrique Infanto-juvénile et de Liaison

U.T.C.A : Unité des Troubles du Comportement Alimentaire

# 1. Introduction

## 1.1. Les soins en pédopsychiatrie

La pédopsychiatrie est la spécialité médicale qui a pour vocation de prévenir, évaluer, diagnostiquer et traiter les troubles psychiques qui affectent les enfants et les adolescents. Il s'agit d'un enjeu de santé publique tant la prévalence mondiale des troubles mentaux dans cette population est élevée, estimée à environ 13% (1). Mais au-delà de la pathologie psychiatrique, il est aujourd'hui question de garantir leur santé mentale nécessaire à leur bon développement psycho affectif, leurs apprentissages et leurs capacités d'adaptation.

### 1.1.1. La sectorisation

L'offre de soin psychiatrique en France est régie par le principe de la sectorisation. Aujourd'hui la norme, ce découpage territorial n'en est pas moins récent et a été une importante avancée pour l'accès aux soins de toute la population. En effet, après la seconde guerre mondiale, on découvrait le décès de plusieurs dizaines de milliers de patients dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation. Totalement abandonnés au sein de structures reculées, ils sont morts de faim, de froid et de carences de soin. **En réaction**, le mouvement de désinstitutionalisation de la psychiatrie s'amorce dans les années 1950 en s'appuyant notamment sur l'apparition des neuroleptiques dans la pharmacologie. L'objectif est de prendre en charge autant que faire se peut les patients souffrant de troubles psychiatriques, dans la société, et non plus à l'hôpital. C'est ainsi que va naître, en 1960, un nouveau mode d'organisation des prises en charge fondé sur la notion de secteur.

Le territoire national est alors divisé en secteurs géographiques au sein desquels s'articulent plusieurs modalités de prise en charge pour toute personne le nécessitant, et dont l'adresse d'habitation principale dépend de ce secteur. En parallèle, à partir de 1961, l'hospitalisation des enfants de moins de 16 ans est séparée de celle des adultes (2), et en 1968, la psychiatrie et la neurologie, jusqu'alors scindées, sont séparées en deux spécialités médicales différentes. C'est en 1972, sous l'impulsion de pédopsychiatres et psychanalystes que le principe de sectorisation s'applique à la psychiatrie infanto-juvénile.

La pédopsychiatrie est ainsi organisée en secteurs couvrant l'ensemble du territoire national. L'aire géo démographique couverte par chaque secteur de psychiatrie infanto-juvénile correspond à 200 000 habitants, soit 40 à 50 000 enfants âgés de 0 à 16 ans (3).

En 2020 on recense en France 342 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile au sein desquels entre 750 000 et 850 000 enfants et adolescents bénéficient annuellement de soins en pédopsychiatrie selon différentes modalités (4).

La région Nouvelle Aquitaine est découpée en 30 secteurs de pédopsychiatrie, de 1 à 7 par département (5) . En Gironde, il existe 7 secteurs, 4 dépendent du Centre Hospitalier (CH) Charles Perrens situé à Bordeaux, 2 dépendent du CH de Cadillac et 1 dépend du CH Garderose à Libourne.

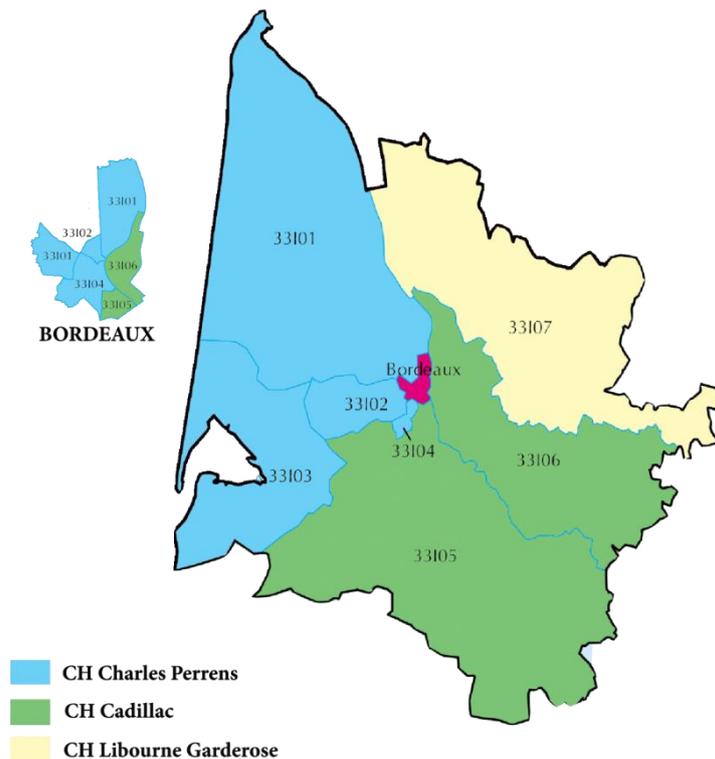


Figure 1 - Sectorisation de la pédopsychiatrie en Gironde

Au sein de chaque secteur co existent plusieurs modalités de prise en charge :

- A temps complet avec l'hospitalisation à temps plein, l'accueil familial thérapeutique, l'hospitalisation à domicile
- A temps partiel avec les hôpitaux de jour, les hôpitaux de nuit, et les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP).
- En ambulatoire avec les Centres Médico Psychologique (CMP), les Centres Médico Psycho Pédagogique (CMPP), les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), les centres de consultation des services hospitaliers, les visites à domicile effectuées par les équipes mobiles, et les professionnels libéraux.

En pédopsychiatrie, la prise en charge des patients est majoritairement organisée en ambulatoire.

Dans un rapport présenté par l'Agence Régionale de Santé (ARS) en 2017, 87% des enfants et adolescents suivis en psychiatrie en Nouvelle Aquitaine, le sont exclusivement en CMP et en CATTP, pour une file active globale de 46197 patients (5).

## **1.1.2. Les modalités de soins**

### **1.1.2.1. En ambulatoire**

- Les CMP

Les CMP sont des structures sanitaires publiques, dépendant du secteur. Y sont assurées, des consultations ambulatoires pluri disciplinaires dans le champ de la santé mentale, entièrement prises en charge par la sécurité sociale. Ils sont définis dans l'arrêté du 14 mars 1986 comme des « unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoire et d'interventions à domicile, mises à disposition d'une population. Ils peuvent comporter des antennes auprès de toute institution ou établissement nécessitant des prestations psychiatriques ou de soutien psychologique » (6,7).

En pédopsychiatrie, on parle de CMPPE (Centre Médico Psychologique Petite Enfance, destinée à une population âgée de 0 à 3 ans) et de CMPEA (Centre Médico Psychologiques pour Enfants et Adolescents). Les interventions sont assurées par une équipe pluri professionnelle (pédopsychiatre, psychologue, orthophoniste, psychomotricien, infirmier,

éducateur spécialisé, travailleurs sociaux...), sous la responsabilité d'un médecin Praticien Hospitalier ou d'un cadre de santé.

Réglementairement, les patients sont suivis jusqu'à l'âge de 16 ans révolus, mais en pratique, devant les difficultés de relais vers la psychiatrie adulte, la prise en charge prend fin plus fréquemment aux 18 ans.

En 2021, on dénombre 1329 CMP infanto juvéniles sur le territoire français (4). En région Nouvelle-Aquitaine, on dénombre en 2019, 110 CMP dits « pivots » auxquels sont rattachés 37 « antennes » pour couvrir un maximum du territoire géographique (7). La Gironde, proportionnellement à sa population, est le département le plus doté avec 28 CMP et 7 antennes (7).

Ces CMP sont gérés par 21 structures de santé sur la région (7) :

- 11 Pôles de psychiatrie au sein de Centres Hospitaliers (CH) délivrant également des soins généraux
- 9 Centres Hospitaliers de santé mentale (dont l'Hôpital Charles Perrens à Bordeaux)
- 1 association : l'association Rénovation

D'après le rapport d'enquête de l'Observatoire Régional de Santé (ORS) paru en 2019, les pédopsychiatres sont présent 18 heures par semaines dans les CMP de Nouvelle Aquitaine (médiane) et deux de ces structures sont dépourvus de pédopsychiatres (7). Le temps de présence des psychologues est de 35h hebdomadaire (médiane) (7). Ce même rapport indique un délai moyen pour un 1<sup>er</sup> rendez-vous avec un pédopsychiatre de 60 jours, 35 jours avec un psychologue et 21 jours avec un infirmier. On observe des inégalités territoriales majeures puisque le délais médian pour consulter un pédopsychiatre passe à 20 jours (7). Au niveau national, certains départements déplorent un délai d'attente de neuf mois à plus d'un an pour une 1<sup>ère</sup> consultation en CMP infanto juvénile (8).

- Les CMPP

Les CMPP sont des structures médico-sociales privées, le plus souvent gérées par des associations, et donc non sectorisées, également financées par la sécurité sociale. Y sont accueillis des patients âgés de 0 à 20 ans, avec une prise en charge similaire à celle des CMP. En 2017, on en compte 310 en France, avec 470 lieux de consultations, antennes comprises (8). En 2018, la Nouvelle- Aquitaine est pourvue de 29 CMPP et 46 antennes répartis dans les 12

départements de la région. Tous sont gérés par des associations à l'exception du CMPP de Mont-de-Marsan et de ses 3 antennes, gérés par une collectivité territoriale (9).

D'après l'étude du Centre Régional d'Études d'Actions et d'Informations (CREAI) d'Aquitaine parue en 2018, les psychologues réalisent 43% des interventions, les orthophonistes et psychomotriciens 36% et les médecins sont la 3ème catégorie de professionnels la plus représentée avec 10% des interventions (9).

- Les CAMSP

Un CAMSP est un établissement médico-social qui intervient pour la prévention et les soins d'enfants âgés de 0 à 6 ans atteints d'un handicap mental, moteur ou sensoriel, ou présentant un risque de handicap. Ces structures dispensent en ambulatoire des prises en charge thérapeutiques, éducatives, sociales ou de rééducation. Elles interviennent également à titre préventif par des actions de dépistage, de conseil et de soutien aux familles.

Les professionnels intervenant en CAMSP font partie d'une équipe pluridisciplinaire comprenant médecin pédiatre, pédopsychiatre, orthophonistes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeute, puéricultrice, éducateurs de jeunes enfants, psychologues, travailleurs sociaux...

Il existe des CAMSP polyvalents et des CAMSP spécialisés en fonction du handicap (exemple du CAMSP Audio du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux). Ils peuvent être de statut public, implantés au sein d'une structure hospitalière ou d'un centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI), ou privés, gérés par une association. Les soins dispensés sont financés par la caisse d'assurance maladie et le conseil départemental.

En région Nouvelle Aquitaine, on compte 13 CAMSP, répartis sur 5 départements (Gironde, Dordogne, Landes, Lot-et-Garonne et Pyrénées Atlantique).

- L'EMEA et les EMR

L'Equipe Mobile Enfants et Adolescents (EMEA) est une équipe pluridisciplinaire qui a pour vocation d'intervenir directement auprès des jeunes présentant des troubles psychiatriques sévères, où qu'ils se trouvent, lorsqu'ils ne peuvent accéder ou adhérer aux soins habituels. Il s'agit d'évaluer les situations complexes de ces patients, prévenir les risques de passages à

l'acte et de décompensation, accompagner vers le soin, soutenir et conseiller les familles et les professionnels. La demande d'évaluation peut provenir des enfants et adolescents eux-mêmes, de leurs proches, ou des professionnels concernés.

Les Equipes Mobiles Ressource (EMR) sont des équipes pluridisciplinaires intervenant auprès des établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des mineurs confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et à la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), présentant des troubles psychiques et en situation complexe. Parmi leurs axes d'intervention, il s'agit d'aider à faire du lien et à coordonner les dispositifs et les partenaires intervenant autour du patient, de proposer des modalités d'aide à la prise en charge de ces jeunes.

### **1.1.2.2. A temps partiel**

- Les CATTP

Les CATTP sont, comme les CMP, des lieux de soins rattachés au service public et donc sectorisés. Il s'agit de structures non médicalisées, nécessitant donc pour y être accueilli que l'enfant ait déjà un suivi par un médecin ou une équipe médicale, qui l'oriente vers le CATTP. Les patients y sont pris en charge par une équipe pluri disciplinaire, à travers des ateliers thérapeutiques, en prise en charge individuelle ou groupale. Il s'agit, par le biais de médiateurs comme la peinture, la musique, le théâtre, le jardinage, l'expression corporelle, et d'autres, de favoriser l'autonomisation, la socialisation, l'affirmation de soi.

En 2019, on dénombre 702 CATTP infanto-juvénile en France (10).

- Les hôpitaux de jour

Il s'agit de structures de soin placées sous la responsabilité d'un médecin, le plus souvent rattachées au service public et donc sectorisées, parfois gérées par une association. Les hôpitaux de jour sont une alternative à l'hospitalisation complète, et les enfants y sont accueillis, en fonction de leurs besoins, une ou plusieurs journées par semaine. Ils permettent la réalisation d'évaluations approfondies et de soins soutenus, tout en maintenant le patient, lorsque c'est possible, dans son environnement le reste du temps.

Une équipe pluridisciplinaire construit pour chaque enfant un projet thérapeutique personnalisé, pouvant comprendre des activités thérapeutiques en groupe, un enseignement spécialisé, des

traitements individuels psychothérapeutiques et rééducatifs, du travail relationnel avec les parents et du travail d'équipe (réunion de synthèse, relation avec le CMP, l'école, les services sociaux...).

En 2021, les hôpitaux de jour proposent environ 9400 places en France (4). En Nouvelle Aquitaine, on en comptait 1058 en 2017 (5).

### **1.1.2.3. A temps complet**

- L'hospitalisation complète

Il s'agit de services hospitaliers qui accueillent, sur décision médicale, des enfants ou des adolescents présentant des difficultés psychiques ou psychiatriques non compatibles avec un maintien dans leur environnement et nécessitant une période d'hospitalisation continue. Entre 1986 et 2013, près de 58% des lits de pédopsychiatrie ont fermé alors que la population des moins de 16 ans restait globalement stable (4). En 2019, il existe 2207 places d'hospitalisation complète en pédopsychiatrie en France (10). D'après l'ARS, on comptait en 2017 en Nouvelle Aquitaine, 291 lits d'hospitalisation complète répartis sur 10 départements (absence de lit en Creuse et en Corrèze) (5).

L'hospitalisation peut être programmée, en lien avec les professionnels qui prennent en charge l'enfant en ambulatoire habituellement, ou avoir lieu en urgence dans les situations de crise. Pour les mineurs, il est toujours nécessaire de recueillir le consentement écrit des deux parents (ou celui du responsable légal de l'enfant, l'ASE par exemple, dans les rares cas de déchéance totale des droits parentaux).

La prise en charge est pluriprofessionnelle et peut comprendre des consultations médicales, paramédicales, psychologiques, des soins basés sur des moments du quotidien comme le repas ou le sommeil, des rencontres familiales, des activités thérapeutiques, etc. La durée moyenne de l'hospitalisation en France est de 34 jours en 2021 (4).

Les services d'hospitalisation de pédopsychiatrie se situent au sein des établissements publics de santé mentale (comme le CH Charles Perrens à Bordeaux), ou au sein des pôles de psychiatrie des hôpitaux généraux (comme le Centre Jean Abadie, au sein du pôle de pédopsychiatrie du CHU de Bordeaux). La collaboration avec les services de pédiatrie est essentielle. Dans les territoires non dotés de lits d'hospitalisation en pédopsychiatrie ou, faute de place lorsqu'il en existe, les enfants sont hospitalisés dans les services de pédiatrie, avec intervention sur place de l'équipe de pédopsychiatrie d'urgence ou de liaison.

- L'accueil familial thérapeutique

L'accueil familial thérapeutique est un mode de prise en charge d'enfants et d'adolescents, au domicile d'assistants familiaux, sur indication médicale. Il peut s'effectuer à la journée et/ou la nuit, à temps complet ou partiel. A la différence des assistants familiaux de l'ASE, les familles d'accueil thérapeutiques, sectorisées, sont salariées d'un CH et travaillent en coordination avec l'équipe soignante pluridisciplinaire du service de psychiatrie infanto-juvénile. Cette modalité d'accueil est toujours associée à un autre mode de prise en charge dispensé par le service de pédopsychiatrie. Le milieu familial substitutif propose à l'enfant un environnement affectif et éducatif stable et favorable en vue d'une restauration des capacités relationnelles et d'autonomie.

En 2019, en France, on compte 720 places en accueil familial thérapeutique pour mineurs (10).

#### **1.1.2.4. Professionnels libéraux**

- Les pédopsychiatres

Un pédopsychiatre est un médecin qui a d'abord terminé une formation médicale commune aux autres spécialités durant 6 ans, puis suivi une spécialisation de 5 ans dans sa discipline. Celle-ci comprend à ce jour, 4 ans pour la validation du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de psychiatrie et 1 an supplémentaire pour la validation de l'option Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent. La formation se déroule à l'université de médecine et implique des stages dans des services divers, spécialisés en psychiatrie et pédopsychiatrie.

Le nombre de pédopsychiatres est difficile à estimer dans la mesure où la pédopsychiatrie ne constitue pas, en France, une spécialité distincte de la psychiatrie. Quelles que soient les modalités d'estimation, les effectifs de pédopsychiatres ont significativement chuté en 10 ans, de - 26% à - 42,5% (4).

- Les psychologues

La formation des psychologues se déroule à l'université et consiste en l'obtention d'une licence puis d'un master de psychologie. Pour être reconnu « psychologue clinicien », il s'agit d'un master de psychopathologie clinique, qui implique des stages auprès de patients. En 2022, il y aurait plus de 70000 psychologues en activité en France dont presque 25000 en exercice libéral ou mixte. Cet effectif a presque doublé en 10 ans (4).

Face à une situation de souffrance psychique, les psychologues peuvent intervenir à la fois en amont, dans la prévention, le repérage et l'orientation vers une prise en charge psychiatrique, et en aval, dans la prise en charge thérapeutique. Au regard de la pénurie actuelle de pédopsychiatres, on comprend aisément l'importance de leur participation à la prise en charge des jeunes patients.

### **1.1.2.5. Les structures médico-sociales**

Plusieurs structures médico-sociales participent à l'accueil et à la prise en charge d'enfants et d'adolescents souffrant de troubles psychiatriques, en particulier les Instituts Médico-Educatifs (IME), les Instituts Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP) et les Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD). Leur gestion est d'instance publique ou associative, et leur financement est assuré par l'Assurance Maladie pour les soins, l'éducation, l'hébergement et les transports organisés par les établissements. Les dépenses liées à la scolarité sont à la charge de l'Education Nationale.

Pour bénéficier d'une prise en charge par une de ces structures, il faut, sur orientation médicale, constituer un dossier spécifique auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), et recevoir une notification de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

- Les IME

Les IME sont des établissements destinés aux enfants et adolescents ayant une déficience intellectuelle, avec ou sans trouble associé, où leur sont dispensés des soins et une éducation adaptée. Ils regroupent :

- Les Instituts Médico-Pédagogiques (IMP) accueillant des enfants et adolescents de 3 à 16 ans.
- Les Instituts Médico-Professionnels (IMPro), accueillant des adolescents et jeunes adultes de 16 à 20 ans.

Les jeunes sont pris en charge par une équipe faisant intervenir du personnel médical et paramédical, éducatif, pédagogique et social, et des enseignants. Chaque enfant admis en IME dispose d'un emploi du temps personnalisé suivant ses besoins, définis dans son Projet

d'Accueil Individualisé (PAI). L'accueil peut s'organiser en externat, en semi-internat ou en internat. Les soins peuvent comprendre des séances de psychomotricité, d'orthophonie, de soutien psychologique, de musicothérapie, et d'autres activités diverses. Dans un but pédagogique, les enfants et les adolescents bénéficient, au sein de l'institut, d'un enseignement général spécialisé, puis de formations professionnelles adaptées au handicap dans les IMPro.

L'IME constitue ainsi à la fois un lieu de vie et d'éducation, un lieu d'enseignement scolaire et professionnel, un lieu de soin et un espace de conseil et d'accompagnement des familles.

- Les ITEP

Les ITEP sont des établissements médico-sociaux qui accueillent les enfants et adolescents ayant des troubles d'ordre psychologique dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages, et ce malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées (11). L'accompagnement proposé aux enfants et adolescents est à visée éducative, pédagogique, et thérapeutique. Pour cela, la prise en charge est pluridisciplinaire : médicale, paramédicale, psychologique, éducative et pédagogique.

La scolarité peut s'organiser soit dans l'établissement scolaire de référence de l'enfant, à temps partiel ou total, avec l'appui des professionnels de l'ITEP, soit dans l'ITEP lui-même avec des professionnels détachés de l'Education Nationale.

Les ITEP proposent des modalités diverses de prise en charge, en accueil de jour séquentiel, en semi-internat (journées complètes, du lundi au vendredi), en internat, en accueil familial spécialisé et en SESSAD.

- Les SESSAD

Un SESSAD regroupe une équipe pluridisciplinaire qui a pour vocation de se déplacer afin d'intervenir directement auprès de l'enfant. Dans « à domicile », il faut comprendre que ces professionnels dispensent un accompagnement sur les lieux de vie, comme souvent, l'école. Ils peuvent aussi proposer des temps de prise en charge au sein même des locaux du SESSAD.

A l'origine, ces services étaient rattachés à des établissements médico sociaux. Aujourd'hui, nombre d'entre eux sont autonomes et gérés par une association. Ces services peuvent être

polyvalents ou spécialisés en fonction d'un handicap particulier, et peuvent prendre en charge des enfants et adolescents âgés de 0 à 20 ans.

L'accompagnement peut comprendre des actes médicaux spécialisés et de rééducation (kinésithérapie, orthophonie, psychomotricité, ergothérapie). Des éducateurs et des enseignants spécialisés du SESSAD peuvent également apporter une aide spécifique à l'élève en situation de handicap soit au sein de la classe, soit en accompagnement individuel ou en petit groupe à l'extérieur de la classe.

- Les MDA

Crées en 2005 les Maisons Des Adolescents (MDA) sont des espaces gratuits, anonymes et confidentiels, accessibles aux jeunes âgés de 11 à 25 ans mais aussi à leur entourage proche et aux professionnels accompagnants. Formés d'une équipe pluridisciplinaire, ces lieux assurent une mission d'accueil, d'écoute, d'information, de prévention, d'accompagnement mais aussi de repérage des troubles pour adressage vers les services spécialisés. En 2022 il en existe 118 en France réparties sur l'ensemble du territoire, dont 7 en Gironde. Chacune d'entre elles accueille en moyenne 750 adolescents par an (4).

### **1.1.3. Les urgences en pédopsychiatrie**

#### **1.1.3.1. Etat des lieux**

Ces dernières années, plusieurs études rapportent une tendance à l'augmentation des consultations aux urgences pour motifs psychiatriques chez les enfants et les adolescents. Les motifs de ces passages, les caractéristiques socio-démographiques de ces patients, et leur prise en charge à la suite de leur venue aux urgences font l'objet de publications, principalement dans les pays industrialisés.

Boyer et al ont mené une étude aux urgences psychiatriques du CHU de Marseille, chez les mineurs, entre 2001 et 2006. Les tentatives de suicide représentaient presque un quart de ces motifs, puis il s'agissait de l'anxiété et des crises clastiques. L'âge moyen était de 16,5 ans avec 62% filles. 41 % des patients étaient hospitalisés au décours de leur passage aux urgences (12).

Gay et al ont étudié les caractéristiques des patients âgés de moins de 17ans, hospitalisés pour un motif psychiatrique à la suite de leur passage aux urgences du CHU de Saint Etienne entre

2010 et 2012. Les principaux motifs d'admission étaient les troubles du comportement, les idées suicidaires et les tentatives de suicide. Ils retrouvaient un âge moyen de 14,8 ans avec 54% de filles. L'hospitalisation durait en moyenne 7,2 jours et 17% des patients étaient transférés en service de pédopsychiatrie par la suite (13).

Dans une étude Danoise menée aux urgences psychiatriques de Copenhague, le nombre de passages concernant les enfants et les adolescents avait triplé entre 2001 et 2010. 30% de ces patients se présentaient pour des idées suicidaires, et 15 à 20% étaient hospitalisés en psychiatrie au décours de leur passage (14).

Mapelli et al retrouvaient au British Columbia Children's Hospital de Vancouver, une augmentation de 47% des passages aux urgences pédiatriques pour motif psychiatrique entre 2002 et 2012, avec une proportion tous motifs confondus passant de 1,56% à 2,26%. Les deux principaux motifs de consultation étaient « troubles de l'humeur et anxieux » et « idées suicidaires ». L'âge moyen des patients était de 13,2 ans, avec 53% de filles (15).

Plusieurs études américaines se sont également intéressées à cette population. Dans l'étude rétrospective de Plemmons et al menée dans 31 hôpitaux, chez des enfants de 5 à 17 ans entre 2008 et 2015 le nombre de visites annuelles aux urgences pédiatriques pour idées suicidaires et tentative de suicide a plus que doublé. Dans l'étude de Grupp-Phelan et al, 67% des patients de moins de 20 ans rapportaient des antécédents de soins psychiatriques et 48% avaient un traitement psychotrope en cours. Les principaux motifs de consultation rapportés étaient les idées suicidaires, les tentatives de suicide et les troubles du comportement. L'âge moyen se situait entre 12,5 et 13 ans et les enfants étaient majoritairement adressés par leur famille. Le taux d'hospitalisation au décours du passage variait de 30 à 50% et était plus important quand le motif initial concernait une tentative de suicide (16–19).

### **1.1.3.2. Fonctionnement général au CHU de Bordeaux**

En France, les services d'urgences psychiatriques sont généralement réservés aux patients âgés de plus de 15ans et 3 mois, comme c'est le cas du Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique (SECOP) au CH Charles Perrens de Bordeaux.

Les urgences pédiatriques sont donc souvent le premier recours d'accès aux soins pour les enfants et les adolescents en situation de crise, ou présentant des troubles psychiques aigus (20).

A Bordeaux, les urgences pédiatriques se situent au CHU. Elles garantissent une permanence des soins, 24h/24 et 7j/7, avec en moyenne, 43 000 passages par an relevés.

Une équipe de pédopsychiatrie d'urgence assure, aux côtés des équipes de pédiatrie, la prise en charge des patients consultant pour un motif psychiatrique. Les professionnels de cette équipe se déplacent au contact des enfants aux urgences pédiatriques, pour proposer une évaluation et indiquer une hospitalisation si nécessaire.

Par ailleurs, un système d'astreinte des pédopsychiatres de l'hôpital Charles Perrens permet une permanence médicale joignable et mobilisable à tout moment par les urgences pédiatriques, la nuit et le weekend.

A la suite du passage aux urgences, lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, elle a généralement lieu dans un service de pédiatrie initialement. Soit car il est nécessaire d'avoir un temps d'évaluation clinique de l'enfant avant de statuer sur la suite des soins proposés, soit faute de place en urgence dans les services de pédopsychiatrie alors qu'une orientation serait indiquée d'emblée.

L'équipe de pédopsychiatrie y assure le suivi du patient, et fait le lien avec les services hospitaliers de pédopsychiatrie pour organiser si besoin le transfert du patient dès que possible, ou avec les partenaires extérieurs pour organiser le retour à domicile et la suite des soins en ambulatoire.

A Bordeaux, les services d'hospitalisation complète en pédopsychiatrie sont répartis sur deux sites géographiques. Il s'agit de l'Unité Psychiatrique Infanto-juvénile et de Liaison (UPSILON) au sein de l'hôpital Charles Perrens et des unités du Centre Jean Abadie, antenne du CHU de Bordeaux : le Service Universitaire d'Hospitalisation pour Enfants et Adolescents (SUHEA), l'Unité des Troubles du Comportement Alimentaire (UTCA) et l'Unité Médico Psychologique de l'Adolescent et du Jeune Adulte (UMPAJA).

Certaines hospitalisations, généralement programmées, s'organisent au sein de ces services sans passage préalable par les urgences pédiatriques.

Dans le cadre d'une étude menée pour sa thèse de médecine et intitulée « Consultations pédopsychiatriques aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux : profil social et socio-démographique sur l'année 2016 », Agathe Thillard a inclus tous les patients s'étant présentés aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux pour un motif psychiatrique sur l'année 2016 (21). Des données issues de ce recueil concernant l'incidence des passages, certaines caractéristiques socio-démographiques et cliniques des patients et de leur première venue aux urgences sur l'année 2016 seront décrites dans la section Résultats de ce travail. Ces données, se rapportant à une période « pré-Covid19 » nous serviront de comparaison pour nos analyses statistiques avec nos données recueillies en 2021, se rapportant à une période « post-Covid19 ».

## **1.2. Contexte récent**

### **1.2.1. La pandémie mondiale de Covid19**

C'est fin 2019, dans la province de Wuhan en Chine, qu'est découvert un nouveau virus nommé SARS-CoV-2, responsable de la pandémie mondiale de Covid -19. Ce virus à ARN de la famille des coronavirus aurait un réservoir d'origine animale, la chauve-souris, et aurait été transmis à l'Homme, à la suite d'une recombinaison génétique, par l'intermédiaire d'un hôte mammifère, le pangolin (22). La transmission inter-humaine de ce virus est aérienne par le biais des gouttelettes respiratoires et l'infection est d'intensité variable d'un individu à l'autre, allant de l'absence totale de symptôme à un syndrome respiratoire aigu sévère pouvant entraîner la mort. Fin juin 2023, on recense dans le monde plus de 760 millions de personnes cas confirmés et plus de 6,9 millions de décès dû à cette infection virale (23).

Depuis 2020 en France, la Covid19 et les mesures sanitaires associées ont totalement modifié notre quotidien, au rythme des vagues épidémiques. En effet, face à la propagation du virus, plusieurs confinements nationaux se sont depuis succédés. Un premier confinement total de la population, du 17 mars 2020 au 11 mai 2020, s'est accompagné de la fermeture de tous les établissements scolaires jusqu'au 22 juin 2020. Par la suite, un deuxième confinement du 30 octobre 2020 au 15 décembre 2020 puis un troisième, du 3 avril 2021 au 2 mai 2021 ont été instaurés.

Il faut ajouter à cela les recommandations régulières du gouvernement pour l'adoption des « gestes barrières » et des mesures de distanciation sociale afin de contenir l'expansion des contaminations (port du masque, couvre feux, maintien de la fermeture de nombreux lieux publics, encouragement au télé travail...).

### **1.2.2. L'impact en santé mentale : revue de la littérature**

Plusieurs études à l'échelle mondiale soulèvent l'impact délétère de cette pandémie sur la santé mentale des enfants et des adolescents.

Dans l'étude de Bignardi et al, on retrouvait une augmentation des symptômes dépressifs de 74% chez les enfants d'âge scolaire en Angleterre, durant le premier confinement (24).

L'étude CO-SPACE menée en Grande Bretagne sur une large population d'enfants âgés de 4 à 16ans et leurs parents, retrouvait une corrélation entre les variations des troubles du comportement et des difficultés attentionnelles et les périodes de pics épidémiques et de majoration des restrictions durant l'année suivant le début de la pandémie (25).

Dans une étude longitudinale Islandaise débutée en 2016, avec presque 60 000 adolescents âgés de 13 à 18ans, Thorisdottir et al rapportaient une augmentation des symptômes dépressifs et une détérioration de la santé mentale pendant la pandémie, particulièrement chez les filles entre 16 à 18ans. (26).

Racine et al ont publié une méta analyse concernant la prévalence des symptômes anxieux et dépressifs chez les enfants et les adolescents durant la pandémie de Covid19. Au travers de 29 études avec plus de 80 000 participants, ils trouvaient une prévalence de 25% pour la dépression et 20% pour l'anxiété, dans une population de 13 ans d'âge moyen. Ils estimaient qu'elle avait quasiment doublé en comparaison à la prévalence pré-Covid19, et remarquaient une augmentation constante avec le temps sur leur période d'étude, plus importante chez les filles (27).

En mai 2020 en France à l'issue du premier confinement, d'après le rapport de l'enquête EpiCov, un peu plus d'un parent sur cinq rapportait des difficultés de sommeil apparues ou augmentées depuis le début du confinement chez l'un de ses enfants (28).

Paradoxalement à ces résultats alarmants, durant le premier confinement les passages aux urgences pédiatriques pour motif psychiatrique ont nettement diminué.

L'étude internationale PREP-Kids retrouvait une diminution de 33% des passages aux urgences pour motif psychiatrique sur le période de mars-avril 2020 par rapport à 2019 (29).

En France, Jollant et al rapportaient une importante diminution des hospitalisations pour tentative de suicide à l'échelle nationale durant les premiers mois de la pandémie, particulièrement chez les moins de 19 ans (30). Des résultats concordants ont été retrouvés par Cousien et son équipe qui observaient une diminution des consultations pour tentative de suicide aux urgences pédiatriques de l'Hôpital Robert Debré à Paris durant le 1<sup>er</sup> confinement (31). Mourouyaye et al rapportaient également une diminution nette de l'incidence des admissions pour tentative de suicide chez les 7-17ans à l'Hôpital Necker Enfants Malades à Paris à cette même période (32).

Malheureusement, cette tendance semble depuis s'être inversée, et on observe dès l'automne 2020 une importante augmentation des passages aux urgences pour motif psychiatrique, qui se poursuit voire s'accroît en 2021. Dans l'étude rétrospective de Chadi et al, incluant des patients âgés de 12-17ans dans deux hôpitaux pédiatriques de Montreal, alors qu'une diminution du nombre de consultation pour motif psychiatrique avait été rapportée entre mars et mai 2020, il était observé une augmentation de 30% de ces motifs à partir de septembre (33).

Dans un hôpital pédiatrique de Grande Bretagne, Cuellar et al observaient également une augmentation des passages aux urgences pour motifs psychiatriques, particulièrement durant le troisième confinement, début 2021. Les principaux motifs de ces passages étaient « tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire au paracétamol », « trouble dépressif », « anxiété » et « troubles du comportement alimentaire » (34).

Dans leur étude italienne, Ferro et al retrouvaient parmi les adolescents âgés de 12 à 18 ans consultant aux urgences durant la 1<sup>ère</sup> année de la pandémie, une augmentation des tentatives de suicide et des idées suicidaires, ainsi que des indications d'hospitalisation à la suite de ces passages (35).

Dans la suite de son étude à l'hôpital Robert-Debré, Cousien notait à partir de septembre 2020, une augmentation très importante des consultations pour tentative de suicide chez les moins de 15 ans, et cette inquiétante tendance s'accroissait sur le premier semestre de l'année 2021 (31).

En France, l'étude des passages aux urgences du réseau Oscour retrouvait une hausse importante des gestes suicidaires et troubles de l'humeur chez les moins de 15 ans entre 2019 et 2020 (jusqu'à + 140 % certaines semaines). Pour ces indicateurs, l'augmentation observée

était également marquée en 2021 chez les 15-17 ans et chez les 11-14 ans pour les gestes suicidaires (4).

### **1.3. Question de recherche et hypothèses**

D'après les données de la littérature, nous émettons l'hypothèse que la pandémie de Covid-19 et les mesures sanitaires associées ont un impact délétère sur la santé mentale des enfants et des adolescents, et sur le recours aux soins en pédopsychiatrie avec une augmentation des passages aux urgences pédiatriques pour trouble psychique.

A ce jour, à notre connaissance, peu d'études rapportent des résultats après les vagues épidémiques, à partir de mai 2021. Il existe également peu d'informations sur les caractéristiques et la prise en charge des enfants et des adolescents ayant consulté aux urgences durant cette période.

Quels patients et pour quels motifs psychiatriques ont consulté aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux à partir de mai 2021, au sortir des vagues épidémiques ? Observe-t-on la même tendance à l'augmentation des passages, notamment des idées suicidaires et des tentatives de suicide ? Quelles ont été les modalités de prise charge aux urgences ? Observe-t-on une modification de ces caractéristiques en comparaison à une période pré-Covid19 ?

### **1.4. Objectifs de l'étude**

Les objectifs de cette étude sont :

- Décrire l'incidence des passages aux urgences pédiatriques pour motifs psychiatriques en 2021 après le dernier confinement, et les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des patients.
- Comparer les caractéristiques des patients et de leur première visite aux urgences pédiatriques sur la période d'étude, entre 2016 et 2021.

## **2. Matériels et méthode**

### **2.1. Schéma d'étude**

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive unicentrique, menée au sein des urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux.

### **2.2. Population**

Notre étude s'intéressait aux enfants et aux adolescents s'étant présentés aux urgences pédiatriques entre le 1<sup>er</sup> mai 2021 et le 31 décembre 2021, pour un motif psychiatrique.

Les critères d'inclusion étaient :

- Avoir consulté aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux entre le 1<sup>er</sup> mai 2021 et le 31 décembre 2021.
- Le motif de consultation enregistré à l'arrivée de l'enfant par l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO) était du registre psychiatrique

Le critère d'exclusion était un motif d'entrée redéfini comme non psychiatrique à la relecture du dossier informatisé du patient.

Sur la période d'étude, certains patients avaient consulté plusieurs fois aux urgences pour un motif psychiatrique. Pour limiter les biais, nous avons créé deux cohortes distinctes :

- Une cohorte comprenant tous les passages aux urgences pour motif psychiatrique sur la période d'étude, incluant donc les passages multiples pour un même patient, permettant d'étudier les variables inhérentes aux passages.
- Une cohorte ne prenant en compte que le 1<sup>er</sup> passage d'un patient donné, s'il est venu plusieurs fois sur la période d'étude, afin d'étudier les variables inhérentes aux patients.

## 2.3. Recueil des données

Une partie des données avait été recueillie de manière rétrospective quotidienne par les puéricultrices de flux des urgences, le lendemain du passage, à partir des données renseignées dans le dossier informatisé du patient :

- Date de consultation
- Age
- Sexe
- Motif de consultation. Nous avons défini les 11 catégories suivantes :
  - Tentative de Suicide (TS)
  - Idées Suicidaires (IDS)
  - Scarifications
  - Troubles du comportement (conduites à risque, fugue, mise en danger, hétéro agressivité)
  - Crise clastique
  - Troubles anxieux (anxiété, crise d'angoisse, symptômes somatoformes, Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOCs))
  - Symptômes dépressifs
  - Hallucinations
  - Troubles du Comportement Alimentaire (TCA)
  - Addiction (consommation d'alcool et/ou de cannabis)
  - Autres

Les seuls cas de motifs multiples enregistrés à l'arrivée étaient : « idées suicidaires et scarifications ». Dans ce cas, nous avons retenu le motif « idées suicidaires » comme motif principal.
- Sectorisation. Définie comme hors secteur ou non en fonction de la commune où réside le patient.
- Lieu d'hospitalisation : pédiatrie ou réanimation
- Contact antérieur avec psychologue (au moins une fois)
- Contact antérieur avec pédopsychiatre (au moins une fois)
- Suivi régulier en cours, défini par au moins une consultation par mois avec psychologue ou pédopsychiatre. Ce critère a été fixé ainsi pour correspondre à celui d'un réseau de surveillance nationale auquel notre centre participe.

Les autres données avaient été recueillies de manière rétrospective, plus tardivement, à partir du dossier informatisé du patient, disponible sur le logiciel DxCare ® :

- Adressage. Nous avons défini les 6 catégories suivantes :
  - Venue spontanée (patient seul ou accompagné d'un proche)
  - Adressage par un médecin
  - Adressage par un autre professionnel de santé
  - Adressage par l'école
  - Adressage par une institution sociale
  - Autre modalité d'adressage
- Moyen de transport pour se rendre aux urgences. Véhicule personnel ou transport sanitaire (pompiers, SAMU, SMUR, gendarmes, police)
- Couverture sociale. Une catégorie regroupant le régime général, les régimes agricoles et spéciaux, et une catégorie pour les bénéficiaires de la CMU (PUMA selon la nouvelle dénomination)
- Scolarisation (déscolarisation considérée si absentéisme scolaire de plus d'un mois)
- Antécédents d'hospitalisation en pédopsychiatrie
- Antécédent de tentative de suicide
- Mesures de placement en cours : absence de mesure, Placement Educatif A Domicile (PEAD), placement en Famille d'Accueil (FA), placement en foyer)
- Mesures éducatives en cours : absence de mesure, Aide Educative à Domicile (AED), Aide Educative en Milieu Ouvert (AEMO)
- Signalement administratif ou judiciaire réalisé lors du passage aux urgences
- Durée d'hospitalisation en pédiatrie
- Transfert en service hospitalier de pédopsychiatrie
- Traitement psychotrope en cours lors du passage
- Evolution du traitement au décours du passage

Pour nos analyses statistiques comparatives, nous avons utilisé des données anonymisées d'une cohorte d'enfants et adolescents ayant consulté aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux pour motif psychiatrique, entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 31 décembre 2016. Celles-ci avaient été recueillies rétrospectivement, à partir du dossier informatisé du patient, dans le cadre d'une thèse de médecine intitulée « Consultations pédopsychiatriques aux urgences pédiatriques du

CHU de Bordeaux : profil social et socio démographique sur l'année 2016 » de Agathe Tillard (21).

Les critères d'inclusion étaient (21) :

- Avoir consulté aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 31 décembre 2016
- Pour un motif psychiatrique ou un motif pour lequel l'équipe de liaison de pédopsychiatrie avait été sollicitée

Les critères d'exclusion étaient (21) :

- 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

Nous avons complété ce recueil rétrospectivement, à partir du dossier informatisé du patient, pour récupérer certaines données nécessaires à notre étude.

Les variables étudiées sont les suivantes :

- Age
- Sexe
- Motif de consultation
- Adressage
- Scolarisation (déscolarisation considérée si absentéisme scolaire de plus d'un mois)
- Suivi régulier en cours (défini par au moins une consultation par mois avec psychologue ou pédopsychiatre).
- Antécédent d'hospitalisation en pédopsychiatrie
- Hospitalisation en service de pédiatrie
- Durée d'hospitalisation en pédiatrie
- Transfert en service hospitalier de pédopsychiatrie
- Traitement psychotrope en cours lors du passage
- Evolution du traitement au décours du passage

Pour comparer deux périodes identiques de 8 mois, nous avons réalisé de nouvelles analyses statistiques descriptives pour la cohorte de 2016, à partir des données extraites sur la période du 1<sup>er</sup> mai au 31 décembre 2016.

Pour une meilleure comparabilité des données, nous avons défini de nouvelles catégories d'adressage, communes entre 2016 et 2021 (aucun, sanitaire, médico-social, scolaire, autres).

De la même manière, nous avons recatégorisé les motifs de consultation de 2016, selon les catégories définies pour les données de 2021. Les seuls cas de motifs multiples enregistrés à l'arrivée en 2016 étaient « IDS et scarifications ». Comme pour l'année 2021, dans ce cas, le motif « IDS » était retenu comme motif principal.

Pour nos analyses comparatives, nous avons ensuite regroupé plusieurs catégories de motif entre elles en raison d'un effectif trop faible dans certaines (cat. 1 : IDS, TS, scarifications, symptômes dépressifs, cat. 2 : crise clastique et troubles du comportement, cat. 3 : troubles anxieux, cat. 4 : hallucinations, cat. 5 : addiction et TCA, cat. 6 : autres).

## **2.4. Mentions légales et éthiques**

Cette étude étant catégorisée de Recherche N'Impliquant pas la Personne Humaine (RNIPH), le recueil de l'avis du Comité de Protection des Personnes (CPP) et du consentement éclairé des patients n'étaient pas nécessaires.

Une déclaration simplifiée d'engagement de conformité à la norme MR-004 a été faite auprès du représentant de la CNIL du CHU de Bordeaux.

Toutes les données ont été recueillies de manière confidentielle et anonymisées dans une grille de tableur Microsoft Excel® (le nom des patients a été remplacé par un numéro d'identification).

## **2.5. Analyses statistiques**

Les variables quantitatives étaient exprimées sous forme de moyennes avec écarts types et de médianes avec intervalle interquartile (q1- q3), les analyses comparatives ont été réalisées avec un test paramétrique *t* de Student.

Les variables qualitatives étaient exprimées sous forme de fréquence en pourcentage (%) et les analyses comparatives ont été réalisées avec un test du Chi<sup>2</sup> ou de Fisher en fonction des effectifs.

Les statistiques descriptives ont été réalisés à l'aide des logiciels JASP® et les statistiques comparatives à l'aide du logiciel SAS® (SAS version 9.4, SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Nous avons réalisé, pour toutes les variables étudiées, des analyses de comparaison univariées et des analyses en sous-groupes, stratifiées sur le sexe et stratifiées sur l'âge (<12 ans et ≥ 12 ans).

Une valeur de  $p < 0,05$  était considérée comme statistiquement significative.

## 3. Résultats

### 3.1. Analyses descriptives en 2021

#### 3.1.1. Caractéristiques socio-démographiques des patients

Au total, entre le 1<sup>er</sup> mai 2021 et le 31 décembre 2021, 30 814 visites aux urgences pédiatriques ont eu lieu, dont 612 pour un motif psychiatrique enregistré par l'IAO.

Un seul patient avait été exclu. Il s'agissait d'un patient souffrant de Trouble du Comportement Alimentaire qui s'était présenté aux urgences pour une problématique aigue d'ordre somatique, sans rapport avec son affection psychiatrique.

Nous avons donc inclus 611 passages et 451 patients différents puisque sur notre période d'étude, 99 patients (22%) avaient consulté aux urgences pédiatriques au moins deux fois (6 fois au maximum) pour un motif psychiatrique.

Ces données sont résumées dans le diagramme de flux (figure 2).

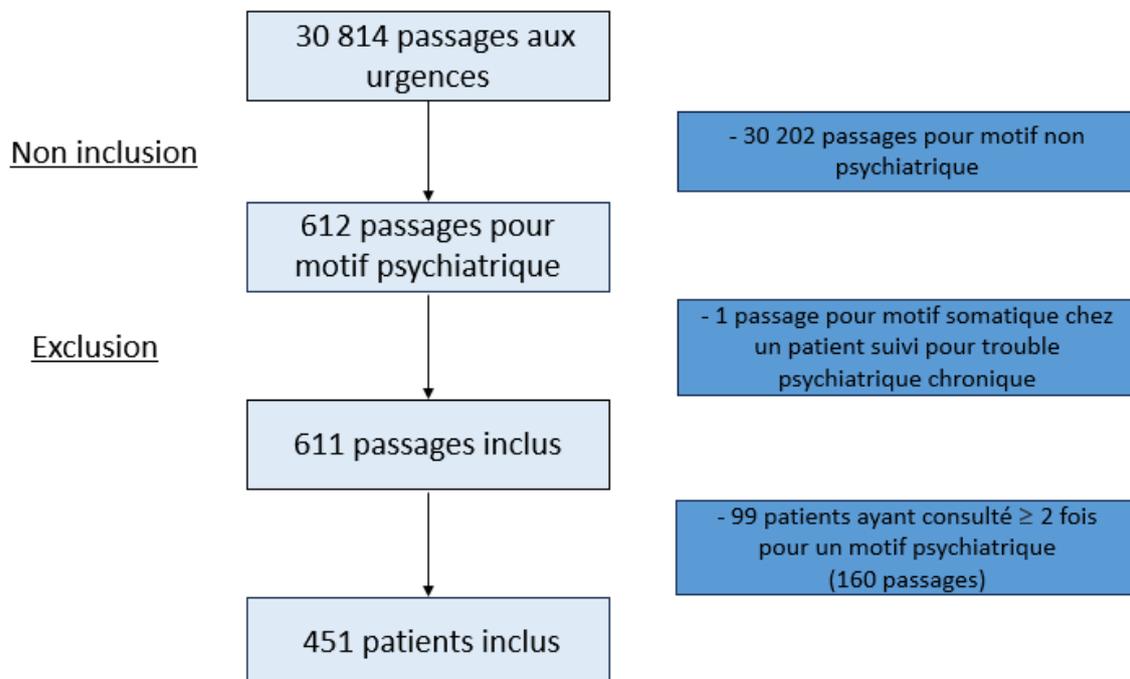


Figure 2- Diagramme de flux

La saisonnalité de ces passages est représentée dans la Figure 3.

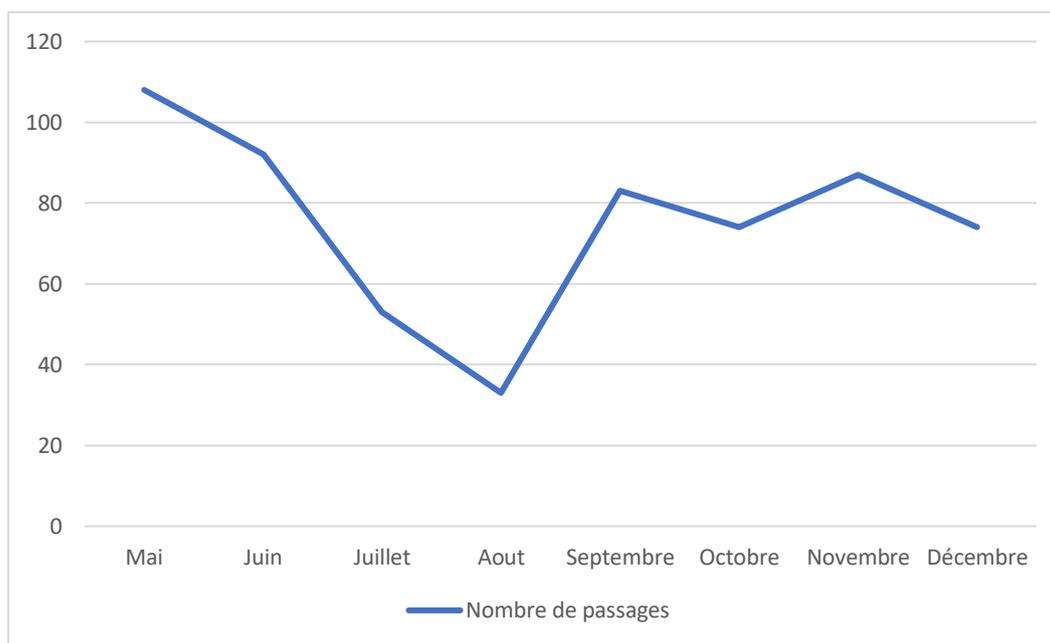


Figure 3 - Saisonnalité des passages aux urgences pédiatriques pour motif psychiatrique en 2021 (n = 611)

L'âge moyen des patients était de 12,8 ans avec un minimum de 5 ans et un maximum de 16 ans et 73,2% étaient des filles. 39,1% des patients dépendaient, d'après leur adresse d'habitation principale, d'un autre secteur pour la prise en charge en pédopsychiatrie (majoritairement du Centre Hospitalier de Cadillac).

Tous les patients disposaient d'une assurance maladie, 18% bénéficiaient de la CMU, les autres étaient affiliés à l'assurance maladie du Régime Général principalement, au régime agricole ou à des régimes spéciaux.

11,8% (52 enfants) étaient déscolarisés depuis au moins 1 mois.

42 enfants (9,4%) étaient concernés par une mesure éducative, sociale au titre d'une Aide Educative à Domicile (AED) pour 17 enfants, ou judiciaire au titre d'une Aide Educative en Milieu Ouvert (AEMO) pour 25 enfants.

58 enfants (13,1%) faisaient l'objet d'une mesure de placement en cours, en foyer, en famille d'accueil ou à domicile.

Les caractéristiques des patients sont décrites dans le tableau 1.

Tableau 1 - Caractéristiques socio-démographiques des patients (n = 451)

<b>Moyenne d'âge +/- écart-type, années</b>	12,8 (+/- 1,8)
<b>Sexe</b>	
Fille, n (%)	330 (73,2)
Garçon, n (%)	121 (26,8)
<b>Sectorisation</b>	
NR	3
Secteur CHCP, n (%)	276 (61,6)
Hors secteur, n (%)	175 (39,1)
<b>Couverture sociale</b>	
CMU, n (%)	81 (18)
Autre régime, n (%)	370 (82)
<b>Scolarisation</b>	
NR	9
Oui, n (%)	390 (88,2)
Non, n (%)	52 (11,8)
<b>Mesure éducative</b>	
NR	7
Aucune, n (%)	402 (90,5)
AED, n (%)	17 (3,8)
AEMO, n (%)	25 (5,6)
<b>Mesure de placement</b>	
NR	7
Aucune, n (%)	386 (86,9)
En foyer, n (%)	48 (10,8)
En FA, n (%)	6 (1,4)
PEAD, n (%)	4 (0,9)

NR : non renseigné (donnée manquante)

### 3.1.2. Caractéristiques des passages aux urgences

Les principaux motifs de consultation étaient les idées suicidaires (30,1%) et les tentatives de suicide (22,1%), dont la majorité (120 passages, 89%) par intoxication médicamenteuse volontaire (IMV). Pour les « autres », il s'agissait de :

- 3 défenestrations
- 3 précipitations sur la voie publique
- 3 phlébotomies
- 2 strangulations
- 2 pendaisons
- 1 ingestion de détergent
- 1 tentative de suicide par arme blanche

Concernant les motifs de passages résumés dans « autres », il s'agissait de :

- Un passage pour problématique socio familiale
- Un passage pour des effets indésirables iatrogènes imputables à la Risperidone
- Un passage pour encoprésie avec anorexie secondaire
- Un passage pour suspicion de crise non épileptique psychogène (CNEP)
- Un passage pour suspicion de syndrome de Münchhausen par procuration

62,5% des passages concernaient des enfants consultant aux urgences spontanément, seul ou la plupart du temps accompagné d'un proche. Les médecins qui adressaient les enfants étaient pédopsychiatre, pédiatre, médecin généraliste ou médecin urgentiste via un transfert depuis un service d'urgences générales. Les autres professionnels de santé étaient des infirmières de psychiatrie en CMP, des psychologues et une psychomotricienne en libéral. Les enfants adressés par l'école l'étaient majoritairement par l'infirmière scolaire, une fois par la psychologue scolaire et une fois par le médecin scolaire. Lorsque le patient était adressé par une institution sociale, il s'agit d'un foyer type Maison d'Enfant à Caractère Social (MECS) ou foyer d'accueil d'urgence, majoritairement sur orientation d'un éducateur spécialisé prenant en charge l'enfant placé, plus ponctuellement à la demande de l'infirmière ou de la psychologue de ce lieu de vie.

Concernant les types d'adressage classés dans « autres », il s'agissait de la Cellule d'Accueil d'Urgence des Victimes d'Agressions (CAUVA), d'une MDA, et d'un moniteur de colonie de vacances.

Les caractéristiques des passages sont décrites dans le tableau 2.

Tableau 2 - Caractéristiques des passages (n = 611)

<b>Motif</b>	
IDS, n (%)	184 (30,1)
TS, n (%)	135 (22,1)
Crise Clastique, n (%)	87 (14,2)
Troubles Anxieux, n (%)	61 (10)
Troubles du Comportement, n (%)	60 (9,8)
Scarifications, n (%)	29 (4,7)
TCA, n (%)	18 (2,9)
Hallucinations, n (%)	13 (2,1)
Addictions, n (%)	10 (1,6)
Symptômes dépressifs, n (%)	9 (1,5)
Autres, n (%)	5 (0,8)
<b>Adressage</b>	
NR	9
Aucun, n (%)	376 (62,5)
Médecin, n (%)	69 (11,5)
Autre professionnel de santé, n (%)	23 (3,8)
Ecole / Collège, n (%)	42 (7)
Institution sociale, n (%)	86 (14,3)
Autre, n (%)	6 (1)
<b>Moyen de transport</b>	
NR	9
Personnel, n (%)	560 (93)
Véhicule sanitaire, n (%)	42 (7)

IDS : idées suicidaires / TS : tentative de suicide / TCA : troubles du comportement alimentaire / NR : non renseigné

### 3.1.3. Antécédents psychiatriques des patients

51,1% des patients (227 patients) avaient consulté une/un psychologue au moins une fois avant leur 1<sup>er</sup> passage aux urgences, et 48,6% (216 patients) une/un pédopsychiatre. Au moment de leur passage, 56,3% des patients avaient un suivi psychologique ou pédopsychiatrique en cours. 22,1% des patients déclaraient avoir déjà fait une tentative de suicide, et 19,8% d'entre eux avaient déjà été hospitalisés dans un service de pédopsychiatrie.

Les antécédents des patients sont décrits dans le tableau 3.

Tableau 3 - Antécédents psychiatriques des patients (n = 451)

---

<b>Contact antérieur psychologue</b>	
NR	7
Oui, n (%)	227 (51,1)
Non, n (%)	217 (48,9)
<b>Contact antérieur pédopsychiatre</b>	
NR	7
Oui, n (%)	216 (48,6)
Non, n (%)	228 (51,4)
<b>Suivi en cours</b>	
NR	7
Oui, n (%)	250 (56,3)
Non, n (%)	194 (43,7)
<b>Antécédent d'hospitalisation en pédopsychiatrie</b>	
NR	6
Oui, n (%)	88 (19,8)
Non, n (%)	357 (80,2)
<b>Antécédent de TS</b>	
NR	8
Oui, n (%)	98 (22,1)
Non, n (%)	345 (77,9)

---

TS : tentative de suicide / NR : non renseigné

### **3.1.4. Prise en charge lors du passage aux urgences**

Sur notre période d'étude de 8 mois en 2021, le taux d'hospitalisation en service de pédiatrie à la suite du passage aux urgences, tous motifs confondus, était de 19.7% (30 814 visites pour 6 078 hospitalisations).

Ce taux d'hospitalisation chez les enfants et adolescents consultant pour un motif psychiatrique était significativement plus élevé, avec 56.3% ( $p < 0.0001$ ).

En effet, parmi les 611 passages inclus, 344 avaient conduit à une hospitalisation en pédiatrie dont 7 (1,1%) initialement en service de réanimation et 168 (27,5%) avaient ensuite été transférés dans un service de pédopsychiatrie.

Un seul adolescent âgé de 15 ans avait été transféré directement des urgences pédiatriques du CHU au SECOP pour une hospitalisation en pédopsychiatrie sans hospitalisation préalable en pédiatrie.

La durée médiane du séjour en service de pédiatrie était de 4 jours.

Dans le cadre de la protection de l'enfance, 11 passages avaient nécessité la rédaction et l'envoi d'un signalement administratif à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) et 1 passage avait débouché sur un signalement judiciaire avec saisi de Procureur de la République et Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) de l'enfant.

Les modalités de prise en charge lors du passage sont décrites dans le tableau 4.

Tableau 4 - Prise en charge lors du passage (n = 611)

<b>Hospitalisation en pédiatrie</b>	
Oui, n (%)	344 (56,3)
Non, n (%)	267 (43,7)
Durée médiane du séjour en pédiatrie	
IIQ [q1 – q3], jours	4 [2 – 7]
<b>Hospitalisation en réanimation</b>	
Oui, n (%)	7 (1,1)
Non, n (%)	604 (98,9)
<b>Hospitalisation en pédopsychiatrie</b>	
Oui, n (%)	168 (27,5)
Non, n (%)	443 (72,5)
<b>Signalement</b>	
Information préoccupante, n (%)	11 (1,8)
Judiciaire, n (%)	1 (0,2)
Non, n (%)	599 (98)

IIQ : intervalle interquartile, [q1-q3] : 1<sup>er</sup> quartile – 3<sup>ème</sup> quartile

### 3.1.5. Traitement psychotrope au cours du passage

Au moins une molécule psychotrope était en cours de prescription lors de 293 passages (48,6%), et au moins une molécule psychotrope était prescrite à l'issue de 432 passages (71,6%).

Le traitement avait été modifié au cours de 218 passages (36,2%) avec l'introduction, le switch ou l'arrêt d'au moins une molécule.

L'évolution du traitement psychotrope au cours du passage est décrite dans les figures 3 et 4.

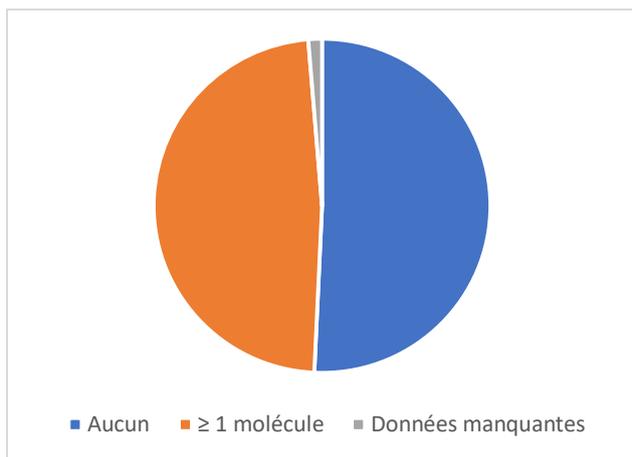


Figure 4 - Traitement psychotrope à l'entrée (n = 611)

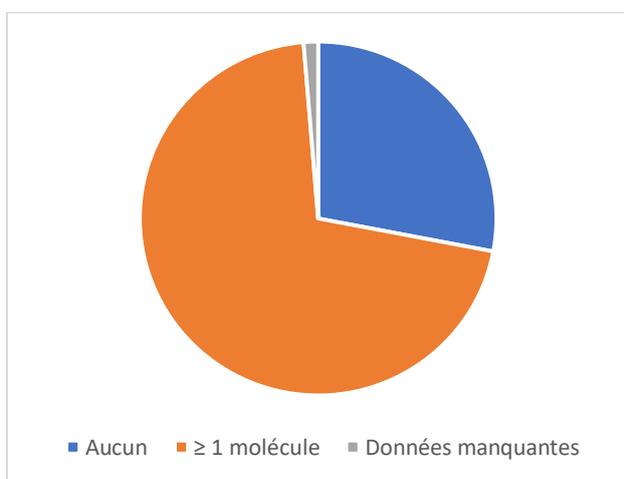


Figure 5 - Traitement psychotrope à la sortie (n = 611)

Les molécules les plus fréquemment prescrites aux urgences étaient l'hydroxyzine (Atarax®) et la cyamémazine (Tercian®), à visée anxiolytique.

Le détail des molécules prescrites et leur évolution au cours du passage sont décrits dans la figure 5.

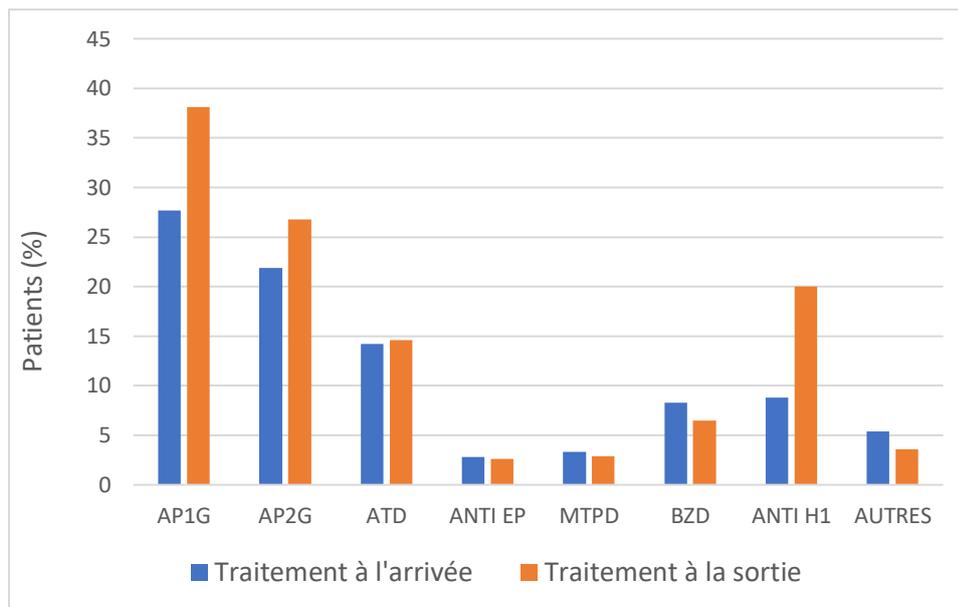


Figure 6 - Evolution des molécules psychotropes prescrites lors du passage (n = 611)

AP1G : antipsychotique de 1<sup>ère</sup> génération / AP2G : antipsychotique de 2<sup>ème</sup> génération / ATD : anti dépresseur / ANTI EP : anti épileptique / MTPH : méthylphénidate / BZD : benzodiazépine / ANTI H1 : antihistaminique de 1<sup>ère</sup> génération

### 3.2. Analyses comparatives 2021 vs. 2016

En 2016, sur notre période d'étude de 8 mois, 273 patients (383 visites) avaient consulté aux urgences pédiatriques pour un motif psychiatrique, contre 451 (611 visites) en 2021, soit une augmentation de 65,2 % ( $p < 0,0001$ ). Le taux de passages tous motifs confondus était également nettement plus important en 2021 avec 611 passages (451 patients) pour 30 814 visites au total vs. 383 passages (273 patients) pour 27 037 visites au total en 2016, avec une augmentation de 56% ( $p < 0,0001$ ).

En 2021, comparativement à 2016, la proportion de filles était plus importante (73.2% vs. 59%,  $p < 0,0001$ ) et il y avait plus de passages en 2021 pour tentative de suicide, idées suicidaires, scarifications et symptômes dépressifs (61.4% vs. 49%,  $p = 0,0198$ ).

Les filles avaient plus souvent un suivi psychiatrique et/ou psychologique (56.6% en 2021 vs. 41.9% en 2016,  $p = 0,0027$ ) et avaient également plus souvent un traitement psychotrope en cours lors de leur passage (34.8% en 2021 vs 23.4% en 2016,  $p = 0,0198$ ).

Il y avait plus de patients déscolarisés depuis au moins 1 mois chez les filles (11.4% en 2021 vs. 4.6% en 2016,  $p = 0,0174$ ) et chez les patients âgés de 12 ans et plus (12.8% en 2021 vs 6.2% en 2016,  $p = 0,0198$ ).

La durée d'hospitalisation en service de pédiatrie était plus longue en 2021 qu'en 2016 chez les filles et les patients âgés de 12 ans et plus ( $p < 0,0001$ ).

Ces données comparatives sont décrites dans le tableau 5.

Il n'y avait pas de différence significative entre 2016 et 2021 concernant l'âge ( $p = 0,1127$ ), l'adressage ( $p = 0,6369$ ), les antécédents d'hospitalisation en pédopsychiatrie ( $p = 0,7015$ ), la proportion d'hospitalisation en pédiatrie ( $p = 0,2186$ ) et en pédopsychiatrie ( $p = 0,7883$ ) et la modification du traitement psychotrope ( $p = 0,5238$ ).

Il n'y avait pas de différence significative entre 2016 et 2021, pour aucune des variables étudiées, chez les patients âgés de moins de 12 ans.

Tableau 5 - Caractéristiques des enfants et de leur premier passage aux urgences pédiatriques pour motif psychiatrique entre mai et décembre 2016 et 2021

Variables	2016	2021	p	2016	2021	p	2016	2021	p	2016	2021	p
	(N = 273)	(N = 451)		Filles	Filles		Garçons	Garçons		≥ 12 ans	≥ 12 ans	
Sexe, n (%)			<b>&lt;.0001</b>									<b>0.0008</b>
Filles	161 (59.0)	330 (73.2)								134 (67.0)	299 (79.9)	
Garçons	112 (41.0)	121 (26.8)								66 (33.0)	75 (20.1)	
Age médian [q1-q3], années	13 [11-14]	13 [12-14]	0.1127	13 [12-14]	13 [13-14]	0.2418	12 [11-14]	12 [11-14]	0.7054			
Caractéristiques lors du premier passage												
Déscolarisation, n (%)			<b>0.0018</b>			<b>0.0174</b>			0.0707			<b>0.0198</b>
Oui	13 (4.8)	52 (11.8)		7 (4.6)	37 (11.4)		6 (5.6)	15 (12.7)		12 (6.2)	47 (12.8)	
Non	257 (95.2)	390 (88.2)		145 (95.4)	287 (88.6)		102 (94.4)	103 (87.3)		181 (93.8)	319 (87.2)	
Suivi en cours, n (%)			<b>&lt;.0001</b>			<b>0.0027</b>			0.7914			0.1592
Oui	130 (48.2)	250 (56.6)		67 (41.9)	184 (56.6)		63 (57.3)	66 (55.5)		99 (49.7)	206 (56.0)	
Non	140 (51.8)	192 (43.4)		93 (58.1)	141 (43.4)		47 (42.7)	53 (44.5)		100 (50.3)	162 (44.0)	
Traitement en cours, n (%)			<b>0.0174</b>			<b>0.0120</b>			0.2232			<b>0.0420</b>
Yes	75 (27.9)	163 (36.8)		37 (23.4)	113 (34.8)		38 (34.2)	50 (42.4)		58 (29.4)	140 (38.1)	
No	194 (72.1)	280 (63.2)		121 (76.6)	212 (65.2)		73 (65.8)	68 (57.6)		139 (70.6)	227 (61.9)	
Motifs, n(%)			<b>0.0198</b>			0.1580			0.7356			0.0794
IDS, TS, scarifications, symptômes dépressifs	126 (49.0)	277 (61.4)		93 (62.4)	238 (72.1)		33 (30.6)	39 (32.2)		107 (56.3)	251 (67.1)	
Crises clastiques, troubles du comportement	77 (30.0)	90 (19.9)		25 (16.8)	36 (10.9)		52 (48.1)	54 (44.6)		44 (23.2)	58 (15.5)	
Troubles anxieux	29 (11.3)	50 (11.1)		17 (11.4)	35 (10.6)		12 (11.1)	15 (12.4)		18 (9.5)	38 (10.2)	
Hallucinations	8 (3.1)	8 (1.8)		4 (2.7)	4 (1.2)		4 (3.7)	4 (3.3)		5 (2.6)	4 (1.1)	
TCA, addictions	15 (5.8)	22 (4.9)		8 (5.4)	16 (4.9)		7 (6.5)	6 (5.0)		14 (7.4)	20 (5.3)	
Autres	2 (0.8)	4 (0.9)		2 (1.3)	1 (0.3)		0 (0.0)	3 (2.5)		2 (1.0)	3 (0.8)	
Durée médiane de l'hospitalisation en pédiatrie [q1-q3], jours	2 [1-4]	4 [2-7]	<b>&lt;.0001</b>	2 [1-4]	4 [2-8]	<b>&lt;.0001</b>	2 [1-3.5]	2 [1-3.5]	0.6317	2 [1-3]	4 [2-7]	<b>&lt;.0001</b>

IDS : idées suicidaires, TS : tentative de suicide, TCA : troubles du comportement alimentaire, [q1-q3]: [1er quartile – 3ème quartile])

## Discussion

Dans notre étude nous avons décrit l'incidence des passages aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux pour un motif psychiatrique et les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des patients au cours d'une période « post Covid », entre le 1<sup>er</sup> mai et le 31 décembre 2021. Nous avons comparé nos résultats avec ceux d'une période « pré Covid », entre le 1<sup>er</sup> mai et le 31 décembre 2016.

En effet, depuis le début de la pandémie, de nombreuses études rapportent une augmentation des passages aux urgences pédiatriques pour motif psychiatrique à partir de l'été 2020 (33,34).

Dans l'étude italienne de Ferro, publiée en 2023, l'incidence cumulée des passages aux urgences pédiatriques pour motif psychiatrique avait augmenté de 45% en période de Covid (35).

En accord avec la littérature et dans la continuité de ces résultats, nous avons observé dans notre étude une importante augmentation du taux de passages pour motif psychiatrique à partir de mai 2021 par rapport à 2016. Sur notre période d'étude, 451 patients ont consulté aux urgences pour motifs psychiatriques en 2021 contre 273 patients en 2016.

Les chiffres bruts sur 8 mois en 2021 étaient mêmes supérieurs aux chiffres bruts sur l'année en 2016, alors que notre période d'étude comprenait les mois d'été durant lesquels le nombre de passages était le plus faible. En effet, entre le 1<sup>er</sup> mai et le 31 décembre 2021, on retrouvait 611 passages (pour 451 patients différents), et entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2016, le nombre total de passages était de 523 (pour 414 patients différents).

Ces résultats peuvent s'expliquer par une dégradation de la santé mentale des enfants et des adolescents en lien avec la pandémie et les mesures sanitaires associées pour limiter l'expansion virale (24–28). En effet, celles-ci sont à l'origine d'un bouleversement majeur de notre quotidien avec la succession des confinements et des couvre-feux, la fermeture des écoles et des commerces non essentiels, l'arrêt des activités extra scolaires, culturelles et de loisir... Ces mesures sans précédent ne sont pas sans conséquence, notamment chez les jeunes : diminution drastique des contacts sociaux, diminution de l'activité physique (36), augmentation de l'exposition aux écrans et aux nouvelles inquiétantes diffusées par les médias (37), dégradation des conditions économiques au sein de nombreuses familles avec la perte d'emploi et de revenus, majoration de l'anxiété et de la dépression parentale (38)...

Nombre d'enfants et d'adolescents ont été confrontés à la maladie voir au décès de leurs proches. On estimait au 1<sup>er</sup> mai 2022 que 10,5 millions d'enfants dans le monde avaient perdu un parent du Covid19 (39). Il semble également que cette période de pandémie soit associée à une augmentation des violences intra-familiales (40), dont on connaît les répercussions néfastes sur l'état de santé mentale des enfants (41).

Cette augmentation peut aussi être due en partie à une poursuite de la tendance à l'augmentation des passages aux urgences pour motifs psychiatriques observée chez les jeunes ces dernières années, indépendamment de la pandémie (14,15).

Comme observé dans d'autres centres (31,35) dans notre étude on retrouvait un changement significatif dans les motifs de consultation avec une augmentation des passages pour tentative de suicide et idées suicidaires, les filles étant largement majoritaires parmi ces patients (72.1% de filles vs. 32.3% de garçons en 2021).

Nos résultats concernant la période pandémique sont en accord avec ceux de la méta analyse de Madigan et al parue en 2023, basée sur 10 360 passages aux urgences pédiatriques, dans 18 pays. Les auteurs y retrouvaient en 2020-2021, une augmentation du nombre de passages pour tentative de suicide et idées suicidaires dans une population d'âge moyen de 12 ans, en particulier chez les filles (42).

Par ailleurs, une récente étude parisienne retrouvait en 2021, une augmentation des premières consultations ambulatoires, des passages aux urgences et des hospitalisations pour motif psychiatrique, particulièrement chez les jeunes filles âgées de 15 à 24 ans (43).

Cette augmentation peut aussi être due en partie, à la tendance à l'augmentation de la prévalence des tentatives de suicide et des idées suicidaires chez les jeunes ces dernières années, indépendamment de la pandémie (17,44).

Il faut aussi noter que dans notre étude, nous ne retrouvons pas de différence significative concernant le nombre de passages pour TCA alors que plusieurs études rapportaient une augmentation importante des consultations pour ce motif.

Dans l'étude de Chadi et al, à Montréal, une part importante de l'augmentation des passages aux urgences pour motif psychiatrique en 2020 chez les 12-17 ans, concernait les TCA avec une augmentation de 62% par rapport aux deux années précédentes (33).

Au Canada, Agostino et son équipe rapportaient une augmentation des nouveaux diagnostics d'anorexie mentale chez 9-18ans, des hospitalisations et de la sévérité clinique de ces patients durant la 1ère vague épidémique (45).

En Norvège, Suren et al rapportaient également une augmentation des diagnostics de TCA chez les jeunes filles de moins de 16 ans durant la pandémie (46).

Une explication peut être que ces études prenaient en compte le diagnostic de TCA selon les critères de la classification internationale alors que dans notre étude nous prenions en compte le symptôme ayant motivé le passage (un adolescent souffrant de TCA peut en effet consulter à un instant  $t$  pour IDS ou anxiété par exemple).

Nous avons également mis en évidence une augmentation des patients avec un suivi psychologique et/ou pédopsychiatrique en cours, ainsi que des patients avec un traitement psychotrope en cours à leur arrivée aux urgences, ceci peut s'expliquer par l'augmentation des besoins de soin et de la sévérité des troubles psychiques chez les jeunes depuis le début de la pandémie.

Concernant les durées d'hospitalisation en pédiatrie plus longues en 2021 qu'en 2016, là aussi une explication peut être l'aggravation des troubles psychiques nécessitant des soins plus longs. Une autre explication peut être un accès aux soins ambulatoires ou à l'hospitalisation en pédopsychiatrie en aval plus difficile du fait de la saturation de l'offre de soin en pédopsychiatrie, nécessitant un maintien en service de pédiatrie jusqu'à ce qu'un relais de prise en charge soit possible.

En effet, même si le taux d'hospitalisation suite à un passage pour motif psychiatrique était très élevé (56.3% versus 19.7% tous motifs confondus sur l'année 2021) nous ne retrouvons pas d'augmentation de ce taux en post Covid, paradoxalement à ce que nous aurions attendu et qui est rapporté dans d'autres études (35). On peut donc se questionner sur une diminution de l'accès aux soins hospitaliers, en lien avec la réduction des capacités d'accueil.

Les durées d'hospitalisation en pédiatrie s'étant allongées, la rotation des patients est moindre, réduisant les possibilités d'admission en urgence. Une autre explication pourrait être la fermeture de lits hospitaliers et la diminution du personnel soignant.

Par ailleurs, notre étude ne permet pas de savoir si les admissions en pédopsychiatrie ont augmenté ou non suite à la pandémie, car au-delà des transferts depuis les services de pédiatrie, les hospitalisations en pédopsychiatrie se font majoritairement par admissions directes

programmées ou via le service des urgences psychiatriques pour les enfants de plus de 15 ans et 3 mois. En effet, en France, 72 % des jeunes hospitalisés en service en pédopsychiatrie viennent directement de leur domicile (4).

Notre étude rapportait une augmentation des enfants déscolarisés depuis au moins 1 mois en 2021. La fermeture des écoles et les aménagements du temps scolaire durant les vagues épidémiques peuvent en être en partie responsables. Même si ces mesures restrictives ont probablement eu un impact positif en réduisant la transmission du virus, certaines études soulèvent leur impact négatif sur la santé mentale des enfants et des adolescents (47,48).

#### Forces et limites

Notre étude comporte plusieurs limites: il s'agit d'une étude unicentrique et concernant uniquement des enfants de moins de 16 ans, limitant l'extrapolation des résultats à l'ensemble de la population.

Le recueil de données rétrospectif peut occasionner des biais d'information et de mémorisation car il se base sur les réponses déclaratives de patients et/ou de leurs accompagnants. De plus, selon que le patient ait rencontré l'équipe de pédopsychiatrie ou non au cours de son passage, les données recherchées de manière systématique et renseignées dans le dossier informatisé du patient pouvaient varier.

Pour nos analyses comparatives, nous avons arbitrairement créé nos catégories de variables pour les motifs et l'adressage, guidés par nos effectifs et notre logique, ce qui peut être discutable. Aussi, nos analyses comparatives sont faites avec les données du premier passage aux urgences sur la période d'étude pour toutes les variables car nous ne disposons pas de données concernant la totalité des passages sur les 8 mois en 2016, ce qui peut sembler moins pertinent pour certaines variables d'étude.

Parmi les forces de notre étude on peut citer notre effectif important permettant une certaine puissance statistique.

A notre connaissance, peu d'information sont disponibles à l'heure actuelle sur l'impact en santé mentale de la pandémie de Covid19 chez les jeunes, après les vagues épidémiques. Une des forces de notre étude est notre période d'inclusion qui débute en mai 2021, là où la plupart des études portant sur ce même sujet s'arrêtent.

Au-delà de la quantification des passages aux urgences pédiatriques, un de nos objectifs était également de décrire les caractéristiques socio démographiques et cliniques des patients et de leur passage, celles-ci étant des données également peu rapportées à ce jour dans la littérature.

Un des points forts de notre étude est la comparaison de nos données de 2021, avec une période antérieure à la pandémie, nous permettant d'observer des variations significatives de certaines variables dans les suites de la pandémie.

### Perspectives

D'après un Bulletin de Santé Publique concernant la Nouvelle Aquitaine, paru en février 2023, l'augmentation du recours aux urgences pour motif psychiatrique, et particulièrement des tentatives de suicide et des idées suicidaires chez les jeunes filles semble se poursuivre voire s'accroître au 1<sup>er</sup> semestre 2022 (49). Chez les 11-17ans, le nombre de patients pris en charge aux urgences pour idées suicidaires et/ou tentative de suicide a continué d'augmenter jusqu'en juin 2022 (49).

La crise sanitaire sans précédent que nous avons traversé a joué le rôle de facteur de décompensation psychique pour de nombreux enfants et adolescents et a également mis en lumière la dégradation progressive de l'état de santé des jeunes ces dernières années.

Indépendamment de la pandémie de Covid19 et des mesures sanitaires associées, dont nous avons discuté plus haut les conséquences néfastes sur la santé mentale des jeunes, on connaît aujourd'hui des facteurs de risque de développer un trouble psychiatrique précocement. Ils sont autant de leviers sur lesquels il est important d'agir en prévention, le plus tôt possible.

Parmi eux on retrouve les facteurs traumatiques que sont les antécédents de négligence, de maltraitance (psychologique, physique, sexuelle), de harcèlement, d'accident, de parcours migratoires complexes etc. On sait également qu'un contexte socio familial instable, des antécédents de troubles psychiatriques chez les parents, le parcours complexe des enfants protégés par l'ASE, sont autant de facteurs de vulnérabilité à développer un trouble psychique.

Il est clair qu'aujourd'hui l'offre de prévention et de soin en pédopsychiatrie apparaît insuffisante pour répondre à ces besoins grandissants, pourtant il s'agit bien d'un problème de santé publique.

Il pourrait être intéressant de proposer aux professionnels travaillant au contact d'enfants et d'adolescents des formations de sensibilisation aux facteurs de décompensation (harcèlement

scolaire, échec scolaire, nature du contexte socio-familial, mésusage des écrans et des réseaux sociaux etc...) et au repérage précoce des troubles psychiques.

Des messages d'information et de prévention sur les violences de tous types et particulièrement sur les violences sexuelles devraient être délivrés à tous les enfants et adolescents, par des professionnels formés, au sein des structures scolaires.

Il apparaît urgent d'investir massivement pour renforcer les moyens humains et matériels dans les CMP et dans les structures hospitalières de pédopsychiatrie afin de proposer aux enfants et aux adolescents une prise en charge plus importante, avec des soins plus fréquents, a minima hebdomadaires voir pluri hebdomadaires, renforcer la pluridisciplinarité et les liens avec l'environnement de l'enfant au domicile et dans les établissements scolaires.

Pour améliorer la réponse en situation aiguë et désengorger les services d'urgences, nous pourrions penser un système de permanence médicale et /ou paramédicale en pédopsychiatrie, peut être réparti géographiquement par département, en alternance dans les différents CMP. Celle-ci pourrait assurer une prise en charge de première ligne et éventuellement orienter le patient et sa famille vers les urgences en deuxième intention si besoin.

Face à l'important recours aux urgences pédiatriques pour ces jeunes patients en situation aiguë, la collaboration entre les équipes de pédiatrie et de pédopsychiatrie est essentielle pour répondre au mieux à leurs besoins. En ce sens, un projet d'ouverture de postes d'infirmiers de pédopsychiatrie au sein des urgences pédiatriques semblerait pertinent.

Si nous devons faire face à d'autres crises sanitaires d'une telle ampleur à l'avenir, il sera important de prendre en compte la vulnérabilité de ces jeunes face aux facteurs de stress majeurs que cela engendre et au bouleversement de leur quotidien. Le maintien d'une ouverture sur l'extérieur, idéalement des établissements scolaires et a minima de lieux de socialisation et d'échanges pour les enfants et les familles les plus fragiles devrait s'envisager. Le maintien d'un accès aux soins psychiatriques doit être une priorité en situation de crise sanitaire et la poursuite des prises en charge médicales et paramédicales régulières est primordiale.

Face à ce constat alarmant concernant la santé mentale des jeunes suite aux vagues épidémiques de Covid19, plusieurs mesures gouvernementales annoncées lors des Assises de la Santé Mentale de la Psychiatrie en septembre 2021 ont vu le jour. On peut citer la mise en place du numéro national de prévention suicide, le 3114, le renforcement et l'extension du réseau des MDA, et la prise en charge par l'Assurance Maladie de consultations psychologiques.

## Conclusion

Depuis l'expansion de la pandémie de Covid-19, de nombreuses études dans le monde ont rapporté une dégradation des indicateurs de santé mentale et une augmentation des passages aux urgences pour motif psychiatrique chez les enfants et les adolescents. La majorité de ces études étaient conduites durant les périodes de pics épidémiques et de confinement.

Notre étude avait pour but de décrire l'incidence des passages pour motifs psychiatriques aux urgences pédiatriques en 2021 après le dernier confinement, et certaines caractéristiques de ces patients, en comparaison avec une période antérieure à la pandémie, en 2016.

Nous avons mis en évidence une importante augmentation des consultations pour motif psychiatrique durant les mois suivant les vagues épidémiques de la Covid-19. Ce phénomène s'explique essentiellement par l'augmentation des idées suicidaires et des tentatives de suicide chez les filles âgées de 12 ans et plus.

Les filles étaient plus souvent suivies sur le plan psychologique et/ou psychiatrique et traitées par un médicament psychotrope. Le taux de déscolarisation était également plus important chez les adolescentes et l'hospitalisation en pédiatrie suite à leur passage aux urgences, de plus longue durée.

Ces résultats laissent à penser que l'impact délétère de la pandémie sur la santé mentale des enfants et des adolescents perdure, malgré le contrôle de la transmission virale et la levée des restrictions sanitaires.

Cette inquiétante tendance nécessite la poursuite de la surveillance épidémiologique dans cette population et d'autres études pour mieux comprendre les facteurs associés à la dégradation de la santé mentale. En effet cela permettrait d'établir des actions de prévention ciblés chez les jeunes, particulièrement si nous devons faire face à de prochaines crises sanitaires.

Il semble aujourd'hui nécessaire de faciliter l'accès aux soins et de renforcer les moyens humains, matériels et financiers en pédopsychiatrie ainsi que dans les services d'urgences pédiatriques, souvent premier recours pour ces jeunes patients. Il faut s'efforcer de penser une prise globale et multi disciplinaire tant sur le plan médical et psychologique que social, éducatif et pédagogique, ceci à l'échelle individuelle mais aussi familiale pour ces enfants en souffrance.

## Références

1. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. mars 2015;56(3):345-65.
2. Ascodocpsy [Internet]. [cité 1 janv 2023]. La pédopsychiatrie • Ascodocpsy. Disponible sur: <https://www.ascodocpsy.org/trouvez-de-linformation-psychiatrie-sante-mentale/dossiers-thematiques/la-pedopsychiatrie/>
3. Themes UFO. Sectorisation et Structures de Soins en Psychiatrie de L'enfant\* | *Medicine Key* [Internet]. [cité 1 janv 2023]. Disponible sur: <https://clemedicine.com/sectorisation-et-structures-de-soin-en-psychiatrie-de-lenfant/>
4. La pédopsychiatrie, un accès et une offre de soins à réorganiser, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. 2023;
5. *Presentation\_Journee\_Perf\_Vir\_ambu\_28\_11\_2017.pdf* [Internet]. [cité 1 janv 2023]. Disponible sur: [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-01/Presentation\\_Journee\\_Perf\\_Vir\\_ambu\\_28\\_11\\_2017.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-01/Presentation_Journee_Perf_Vir_ambu_28_11_2017.pdf)
6. Article 1 - Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement. - *Légifrance* [Internet]. [cité 1 janv 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article\\_lc/LEGIARTI000006716162](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000006716162)
7. *59-1.CMP\_IJ.pdf* [Internet]. [cité 1 janv 2023]. Disponible sur: [https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2019/07/59-1.CMP\\_IJ.pdf](https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2019/07/59-1.CMP_IJ.pdf)
8. *r16-4941.pdf* [Internet]. [cité 1 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-494/r16-4941.pdf>
9. *Rapport\_CMPP\_NA\_2018.pdf* [Internet]. [cité 4 févr 2023]. Disponible sur: [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-10/Rapport\\_CMPP\\_NA\\_2018.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-10/Rapport_CMPP_NA_2018.pdf)
10. *Fiche 14 - L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé.pdf* [Internet]. [cité 1 janv 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/Fiche%2014%20>

%20L%E2%80%99offre%20de%20soins%20de%20psychiatrie%20dans%20les%20%C3%A9tablissements%20de%20sant%C3%A9.pdf

11. Le-Dispositif-ITEP-une-institution-inclusive.pdf [Internet]. [cité 1 janv 2023]. Disponible sur: <https://aire-asso.fr/wp-content/uploads/2022/02/Le-Dispositif-ITEP-une-institution-inclusive.pdf>
12. Boyer L, Henry JM, Samuelian JC, Belzeaux R, Auquier P, Lancon C, et al. Mental Disorders among Children and Adolescents Admitted to a French Psychiatric Emergency Service. *Emerg Med Int.* 2013;2013:651530.
13. Gay A, Peyrard M, Pineau P, Pellet J, Trombert-Pavot B, Massoubre C. Risk factors for return visits and rehospitalizations to the child emergency psychiatric unit: A retrospective study over 2 years at Saint-Étienne University Hospital. *L'Encephale.* déc 2019;45(6):468-73.
14. Taastrøm A, Klahn J, Staal N, Thomsen PH, Johansen A. Children and adolescents in the Psychiatric Emergency Department: a 10-year survey in Copenhagen County. *Nord J Psychiatry.* août 2014;68(6):385-90.
15. Mapelli E, Black T, Doan Q. Trends in Pediatric Emergency Department Utilization for Mental Health-Related Visits. *J Pediatr.* oct 2015;167(4):905-10.
16. Grupp-Phelan J, Mahajan P, Foltin GL, Jacobs E, Tunik M, Sonnett M, et al. Referral and resource use patterns for psychiatric-related visits to pediatric emergency departments. *Pediatr Emerg Care.* avr 2009;25(4):217-20.
17. Plemmons G, Hall M, Doupnik S, Gay J, Brown C, Browning W, et al. Hospitalization for Suicide Ideation or Attempt: 2008-2015. *Pediatrics.* juin 2018;141(6):e20172426.
18. Holder SM, Rogers K, Peterson E, Ochonma C. Mental Health Visits: Examining Socio-demographic and Diagnosis Trends in the Emergency Department by the Pediatric Population. *Child Psychiatry Hum Dev.* déc 2017;48(6):993-1000.
19. 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.
20. Gill PJ, Saunders N, Gandhi S, Gonzalez A, Kurdyak P, Vigod S, et al. Emergency Department as a First Contact for Mental Health Problems in Children and Youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* juin 2017;56(6):475-482.e4.

21. Thillard A. Consultations pédopsychiatriques aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux : profil social et sociodémographique sur l'année 2016. 14 mai 2020;74.
22. INRAE Institutionnel [Internet]. [cité 5 févr 2023]. SARS-CoV-2 : quel est ce virus émergent ? Disponible sur: <https://www.inrae.fr/covid-19/virus>
23. Coronavirus : chiffres clés et évolution de la COVID-19 en France et dans le Monde [Internet]. [cité 5 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde>
24. Bignardi G, Dalmaijer ES, Anwyl-Irvine AL, Smith TA, Siugzdaite R, Uh S, et al. Longitudinal increases in childhood depression symptoms during the COVID-19 lockdown. *Arch Dis Child*. août 2021;106(8):791-7.
25. Creswell C, Shum A, Pearcey S, Skripkauskaitė S, Patalay P, Waite P. Young people's mental health during the COVID-19 pandemic. *Lancet Child Adolesc Health*. août 2021;5(8):535-7.
26. Thorisdóttir IE, Asgeirsdóttir BB, Kristjánsson AL, Valdimarsdóttir HB, Jónsdóttir Tolgyes EM, Sigfusson J, et al. Depressive symptoms, mental wellbeing, and substance use among adolescents before and during the COVID-19 pandemic in Iceland: a longitudinal, population-based study. *Lancet Psychiatry*. août 2021;8(8):663-72.
27. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 1 nov 2021;175(11):1142-50.
28. ER1185.pdf [Internet]. [cité 1 janv 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/ER1185.pdf>
29. Ougrin D, Wong BHC, Vaezinejad M, Plener PL, Mehdi T, Romaniuk L, et al. Pandemic-related emergency psychiatric presentations for self-harm of children and adolescents in 10 countries (PREP-kids): a retrospective international cohort study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. juill 2022;31(7):1-13.
30. Jollant F, Roussot A, Corruble E, Chauvet-Gelinier JC, Falissard B, Mikaeloff Y, et al. Hospitalization for self-harm during the early months of the COVID-19 pandemic in France: A

nationwide retrospective observational cohort study. *Lancet Reg Health Eur.* juill 2021;6:100102.

31. Cousien A, Acquaviva E, Kernéis S, Yazdanpanah Y, Delorme R. Temporal Trends in Suicide Attempts Among Children in the Decade Before and During the COVID-19 Pandemic in Paris, France. *JAMA Netw Open.* 1 oct 2021;4(10):e2128611.

32. Mourouvaye M, Bottemanne H, Bonny G, Fourcade L, Angoulvant F, Cohen JF, et al. Association between suicide behaviours in children and adolescents and the COVID-19 lockdown in Paris, France: a retrospective observational study. *Arch Dis Child.* sept 2021;106(9):918-9.

33. Chadi N, Spinoso-Di Piano C, Osmanlliu E, Gravel J, Drouin O. Mental Health-Related Emergency Department Visits in Adolescents Before and During the COVID-19 Pandemic: A Multicentric Retrospective Study. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* nov 2021;69(5):847-50.

34. A371.2.full.pdf [Internet]. [cité 1 janv 2023]. Disponible sur: [https://adc.bmj.com/content/archdischild/106/Suppl\\_1/A371.2.full.pdf](https://adc.bmj.com/content/archdischild/106/Suppl_1/A371.2.full.pdf)

35. Ferro V, Averna R, Murciano M, Raucci U, Cristaldi S, Musolino AMC, et al. Has Anything Changed in the Frequency of Emergency Department Visits and the Profile of the Adolescent Seeking Emergency Mental Care during the COVID-19 Pandemic? *Children.* 17 mars 2023;10(3):578.

36. Neville RD, Lakes KD, Hopkins WG, Tarantino G, Draper CE, Beck R, et al. Global Changes in Child and Adolescent Physical Activity During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr* [Internet]. 11 juill 2022 [cité 25 avr 2023]; Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2794075>

37. Madigan S, Eirich R, Pador P, McArthur BA, Neville RD. Assessment of Changes in Child and Adolescent Screen Time During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 1 déc 2022;176(12):1188.

38. Racine N, Hetherington E, McArthur BA, McDonald S, Edwards S, Tough S, et al. Maternal depressive and anxiety symptoms before and during the COVID-19 pandemic in Canada: a longitudinal analysis. *Lancet Psychiatry.* 1 mai 2021;8(5):405-15.

39. Hillis S, N'konzi JPN, Msemburi W, Cluver L, Villaveces A, Flaxman S, et al. Orphanhood and Caregiver Loss Among Children Based on New Global Excess COVID-19 Death Estimates. *JAMA Pediatr.* 1 nov 2022;176(11):1145-8.
40. Kourti A, Stavridou A, Panagouli E, Psaltopoulou T, Spiliopoulou C, Tsolia M, et al. Domestic Violence During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse.* 1 avr 2023;24(2):719-45.
41. Angelakis I, Austin JL, Gooding P. Association of Childhood Maltreatment With Suicide Behaviors Among Young People: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 5 août 2020;3(8):e2012563.
42. Madigan S, Korczak DJ, Vaillancourt T, Racine N, Hopkins WG, Pador P, et al. Comparison of paediatric emergency department visits for attempted suicide, self-harm, and suicidal ideation before and during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* mai 2023;10(5):342-51.
43. Perozziello A, Sousa D, Aubriot B, Dauriac-Le Masson V. Use of mental health services in the aftermath of COVID-19 waves: a retrospective study conducted in a French Psychiatric and Neurosciences University Hospital. *BMJ Open.* févr 2023;13(2):e064305.
44. Stephenson J. Emergency Department Visits for Suicidal Thoughts and Self-harm on the Rise. *JAMA Health Forum.* 28 févr 2020;1(2):e200274.
45. Agostino H, Burstein B, Moubayed D, Taddeo D, Grady R, Vyver E, et al. Trends in the Incidence of New-Onset Anorexia Nervosa and Atypical Anorexia Nervosa Among Youth During the COVID-19 Pandemic in Canada. *JAMA Netw Open.* 7 déc 2021;4(12):e2137395.
46. Surén P, Skirbekk AB, Torgersen L, Bang L, Godøy A, Hart RK. Eating Disorder Diagnoses in Children and Adolescents in Norway Before vs During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open.* 13 juill 2022;5(7):e2222079.
47. Hume S, Brown SR, Mahtani KR. School closures during COVID-19: an overview of systematic reviews. *BMJ Evid-Based Med [Internet].* 30 mars 2023 [cité 27 avr 2023]; Disponible sur: <https://ebm.bmj.com/content/early/2023/03/29/bmjebm-2022-112085>
48. Viner R, Russell S, Saull R, Croker H, Stansfield C, Packer J, et al. School Closures During Social Lockdown and Mental Health, Health Behaviors, and Well-being Among

Children and Adolescents During the First COVID-19 Wave: A Systematic Review. JAMA Pediatr. 1 avr 2022;176(4):400-9.

49. SPF. Santé mentale et COVID-19 : conduites suicidaires en Nouvelle-Aquitaine. Bulletin de santé publique, février 2023. [Internet]. [cité 7 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/nouvelle-aquitaine/documents/bulletin-regional/2023/sante-mentale-et-covid-19-conduites-suicidaires-en-nouvelle-aquitaine.-bulletin-de-sante-publique-fevrier-2023>

## Serment d'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. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.



## RÉSUMÉ

**Introduction :** La pandémie de Covid19 et les mesures sanitaires associées ont fortement impactés la santé mentale des enfants et des adolescents, avec une augmentation des symptômes anxieux et dépressifs, des troubles du comportement alimentaire, des idées suicidaires et des tentatives de suicide. Dans ce contexte, on observe dans de nombreux pays une importante augmentation des passages aux urgences pédiatriques pour motif psychiatrique à partir de l'été 2020, notamment chez les filles. Les objectifs de notre étude sont de décrire les modifications, après les périodes de confinement en lien avec les vagues épidémiques de Covid19, de l'incidence des passages aux urgences pédiatriques pour motif psychiatrique et des caractéristiques de ces jeunes patients,

**Matériel et Méthode :** Nous avons mené une étude observationnelle rétrospective unicentrique au sein de notre hôpital pédiatrique, le CHU de Bordeaux, incluant tous les patients s'étant présentés aux urgences pour un motif psychiatrique, durant une période « préCovid » en 2016 et durant une période « postCovid » en 2021. Nous avons réalisé des analyses univariées et multivariées ajustées sur les facteurs de confusion.

**Résultats :** Un total de 273 patients en 2016 et 451 patients en 2021 a été enregistré ( $p < 0,0001$ ). Cette augmentation de + 65,2% était principalement due à l'augmentation des passages pour tentative de suicide et idées suicidaires chez des filles ( $p = 0,0198$ ). Chez les patients consultant pour un motif psychiatrique, le taux d'hospitalisation (56,3%) était beaucoup plus élevé (19,7% tous motifs confondus sur l'année 2021,  $p < 0,0001$ ). En post Covid, plus d'enfants et d'adolescents ont un suivi psychologique et/ou psychiatrique ( $p < 0,0001$ ) et un traitement psychotrope en cours ( $p = 0,0174$ ), ils étaient plus souvent déscolarisés ( $p = 0,018$ ) et les hospitalisations en pédiatrie étaient deux fois plus longues ( $p < 0,0001$ ).

**Conclusion :** La tendance à l'augmentation des passages aux urgences pour tentative de suicide et idées suicidaires se poursuit chez les jeunes malgré la diminution de la morbi-mortalité du virus et l'allègement des mesures sanitaires, indiquant une souffrance psychique qui s'inscrit dans la durée.

## ABSTRACT

**Introduction:** The coronavirus disease 19 (Covid19) pandemic and the associated health measures had strongly impacted the mental health of children and adolescents, with an increase in anxiety and depressive symptoms, eating disorders, suicidal ideation and suicide attempts. In this context, a significant rise in Pediatric Emergency Department (PED) visits for mental health disorders (MHD) has been observed in many countries since the summer of 2020, particularly among girls. The objectives of our study are to describe changes in the incidence of PED visits for MHD and in the characteristics of these young patients, after epidemic waves and lockdown periods.

**Material and Methods:** We conducted a single-center retrospective observational study in our French tertiary paediatric Hospital, CHU Bordeaux, including all patients who presented for MHD, during a "preCovid" period in 2016 and during a "postCovid" period in 2021. We performed univariate and multivariate analyses adjusted for confounders.

**Results:** A total of 273 patients in 2016 and 451 patients in 2021 were registered ( $p < 0,0001$ ). This 65,2% increase was mainly due to the increase in visits for suicidal ideation and suicide attempts among girls ( $p = 0,0198$ ). Among patients consulting for a MHD, the hospitalization rate (56,1%) was higher (19,7% for all reasons combined in 2021,  $p < 0,0001$ ). In post-Covid, more children and adolescents had psychological and/or psychiatric follow-up ( $p < 0,0001$ ) and psychotropic treatment ( $p = 0,0174$ ), they were more often out of school ( $p = 0,018$ ) and the duration of pediatric department hospitalization was twice as long ( $p < 0,0001$ ).

**Conclusion:** The trend towards an increase in PED visits for suicidal ideation and suicide attempts continues among young people despite the decrease in the morbi-mortality of the virus and the reduction in health measures, indicating long-term psychological suffering.

**MOTS-CLÉS :** santé mentale, pédopsychiatrie, Covid-19, urgences pédiatriques

Université de Bordeaux U.F.R. des Sciences Médicales 146 rue Léo Saignat 33076 Bordeaux