



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**ENFANTS ET ADOLESCENTS EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE : UN ETAT
DES LIEUX DES PRISES EN CHARGES EN PEDIATRIE A L'HOPITAL DE
BOULOGNE SUR MER**

Présentée et soutenue publiquement le 18/10/2017 à 16H
au Pôle Formation
Par Anne Glomot

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Alain MARTINOT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Madame le Docteur Christelle LEFETZ

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Christelle LEFETZ

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

TABLE DES MATIERES

RESUME	6
INTRODUCTION	8
REVUE DE LITTERATURE	10
I. PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT	10
A) L'enfant en pédopsychiatrie	10
1) Grands courants de pensée sur le développement psychique de l'enfant	10
2) Principales pathologies psychiatriques de l'enfant	15
B) L'adolescent en pédopsychiatrie.....	21
1) Les adolescents, la crise et les urgences	21
2) Principales motifs de consultation psychiatriques de l'adolescent et pathologies associées	24
II. ORGANISATION DES SOINS EN PEDOPSYCHIATRIE : LE SECTEURr	31
A) Historique.....	31
B) Composition du secteur	32
C) Rôle du secteur	32
D) Les structures du secteur	33
1) Structures de soins ambulatoires	33
2) Les structures à temps partiel	34
3) Les structures à temps complet.....	34
E) La pédopsychiatrie de liaison.....	36
1) Historique de la pédopsychiatrie de liaison	37
2) Le rôle d'une équipe de liaison.....	37
F) Le lien avec les partenaires	39
III. URGENCES ET HOSPITALISATION EN PEDIATRIE	41
A) Les urgences pédiatriques	41
1) Les urgences : premier recours des adolescents	41
2) Epidémiologie.....	42
3) Quels motifs de consultation aux urgences pédiatriques et aux urgences pédopsychiatriques.....	43
4) Les diagnostics retenus après la consultation aux urgences pédiatriques et pédopsychiatriques.....	47
5) Quelles propositions de prise en charge	49
6) Orientation à la sortie	51
B) L'hospitalisation en service de pédiatrie	52
1) But de l'hospitalisation en pédiatrie	52

2) Le cadre de l'hospitalisation	53
3) Les soins proposés.....	54
4) « L'après ».....	55
METHODOLOGIE : MATERIEL ET METHODE	57
I. CONTEXTE	57
II. MATERIEL ET METHODE	58
A) Présentation du centre hospitalier	58
1) Les urgences pédiatriques	58
2) Le service d'hospitalisation	58
3) La convention entre pédiatrie-pédopsychiatrie.....	59
4) Hospitalisation des enfants et adolescents pour un motif psychiatrique.....	59
B) Population étudiée.....	60
C) Période étudiée	60
D) Type d'étude.....	61
E) Recueil des données	61
F) Analyse des données	62
G) Accord CNIL	62
RESULTATS	63
I. LES URGENCES	63
A) Description de la population.....	63
B) Personnes à l'initiative de l'entrée aux urgences	65
C) Les motifs d'admission aux urgences	65
D) La prise en charge aux urgences	81
1) Prise en charge somatique.....	82
2) Prise en charge psychiatrique	82
3) Surveillance en UHCD	82
4) Autres.....	83
E) Pathologies retenues à la sortie.....	83
F) Orientation à la sortie	84
1) Retour à domicile	84
2) Hospitalisation	85
3) Fugue	85
II. L'HOSPITALISATION EN SERVICE DE PEDIATRIE GENERALE	87
A) Caractéristiques de la population.....	87
B) Mode d'entrée en hospitalisation	87
1) A partir des urgences	87

2) A partir d'une consultation pédiatrique	88
3) Hospitalisations programmées	88
C) Pathologies prises en charge en hospitalisation	89
1) Pathologies selon codage CIM 10	89
2) Pathologies retenues après analyse des dossiers	90
D) Prise en charge en hospitalisation	110
1) Durée d'hospitalisation	110
2) Soins pendant le séjour	110
E) Orientation à la sortie	111
1) CMP	111
2) Psychologue du service	111
3) Psychologue extérieure	112
4) Maison des Adolescents	112
5) Suivi en addictologie	112
6) Transfert vers un hôpital pédopsychiatrique	112
7) Mise à disposition	112
DISCUSSION	113
I. VALIDITE DE L'ETUDE	113
A) Les limites de notre étude	113
1) La validité interne	113
2) Validité externe	115
B) Apports de l'étude	118
II. COMPARAISON DES RESULTATS AVEC LA LITTERATURE	119
A) Les modes d'admission	119
B) Les motifs de recours aux soins aux urgences	120
C) Les pathologies retenues après passage aux urgences	123
D) L'orientation à la sortie des urgences	126
E) Prise en charge en hospitalisation	129
G) Récidive	130
III. Hospitalisation en pédiatrie : réflexion sur les liens d'attachement et l'alliance thérapeutique	132
A) L'institution comme figure d'attachement	132
B) La recherche de l'alliance thérapeutique	135
C) Perspectives : les unités adolescentes	139
BIBLIOGRAPHIE	143
ANNEXES	149

RESUME

Objectif : L'hospitalisation en pédiatrie pour les enfants et adolescents en souffrance psychique est une alternative à une hospitalisation en pédopsychiatrie, plus stigmatisante pour l'enfant. Il existe toutefois peu de données précises dans la littérature concernant la prise en charge de ces enfants et adolescents en service de pédiatrie générale. L'objectif principal de cette étude est donc de décrire la population des enfants de moins de 16 ans présentant une problématique psychiatrique prise en charge par les services de pédiatrie, dans le cadre d'une analyse des pratiques.

Matériel et méthode : Cette recherche quantitative a été réalisée dans le service de pédiatrie générale de l'hôpital de Boulogne-sur-Mer. Dans une logique descriptive, l'étude s'appuie sur une analyse rétrospective des dossiers de consultation aux urgences pédiatriques et des courriers de sortie d'hospitalisation. Les principales données étudiées concernaient les motifs d'entrée, les soins aux urgences, les pathologies retenues aux urgences et en hospitalisation, les consultations de pédopsychiatrie de liaison et de la psychologue du service et les soins proposés à la sortie des urgences ou du service d'hospitalisation.

Résultats : Lors de l'analyse, nous retrouvons une proportion d'adolescents en demande de soins quatre fois plus élevée que pour les enfants. Par ailleurs, nous notons que la proportion d'hospitalisations en pédiatrie est élevée (61 %), proportionnellement au nombre d'enfants et d'adolescents se présentant aux urgences pour une problématique psychiatrique, lorsqu'elles se font à partir d'urgences pédiatriques sans présence continue d'un pédopsychiatre. Notre étude retrouve une part importante des pathologies de « l'agir » aux urgences : tentatives de suicide (16 % des motifs de consultations aux urgences), troubles

du comportement (15%), scarifications (11 %) et idées suicidaires (8,6 %). En hospitalisation, nous retrouvons que le diagnostic de trouble de l'adaptation est fréquemment retenu (41,6 %). Ces résultats justifient l'orientation en pédiatrie plutôt qu'en service d'hospitalisation de pédopsychiatrie compte tenu de la part importante des troubles réactionnels.

Conclusion : Le développement des unités adolescent apparaît comme une solution pouvant permettre une prise en charge globale, multidisciplinaire, soutenue par des équipes formées dans un lien de partenariat solide entre psyché et soma.

INTRODUCTION

De l'enfant pleurant à chaque fois qu'il entre à l'école à la jeune fille ayant pris des médicaments à la suite d'une rupture sentimentale, de l'adolescent en crise clastique à l'enfant placé multipliant les conduites de risque dans une recherche de limites, les urgences pédiatriques accueillent, écoutent, apaisent, et proposent un appui pour aider à transformer la crise en un processus évolutif. Entre soins ambulatoires et hospitalisation en pédopsychiatrie, l'hospitalisation en service de pédiatrie permet l'apaisement des situations de crise sans associer une représentation psychiatrique à une pathologie pouvant n'être que la manifestation des difficultés d'adaptation à un état en constante évolution.

Les prises en charge de ces enfants et adolescents sont chronophages, compliquées par la multitude d'intervenants autour du patient et par les symptômes souvent bruyants, pouvant venir questionner les soignants dans leur propre histoire. Il existe toutefois peu de données précises dans la littérature concernant la prise en charge de ces enfants et adolescents en service de pédiatrie générale.

En échangeant avec les équipes de pédiatrie nous notons qu'elles semblent avoir l'impression d'un grand nombre d'enfants et surtout d'adolescents consultant et étant hospitalisés pour des problématiques « psy ». Mais quelle est réellement la part des enfants et adolescents en souffrance psychique consultants aux urgences et hospitalisés en service de pédiatrie ?

C'est ce nous nous proposons d'étudier. Nous évaluerons tout d'abord la demande de soins aux urgences pédiatriques et les orientations au décours, puis nous nous intéresserons à la prise en charge pédopsychiatrique et psychologique dans une logique de quantification de l'activité de la pédopsychiatre de liaison et de la psychologue attachée au service. Les propositions de soins à la sortie seront également étudiées.

L'objectif principal de cette étude est donc de décrire la population des enfants de moins de 16 ans présentant une problématique psychiatrique pris en charge par les services de pédiatrie, dans le cadre d'une analyse des pratiques.

REVUE DE LITTÉRATURE

I. PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

A) L'enfant en pédopsychiatrie

1) Grands courants de pensée sur le développement psychique de l'enfant

De nombreux psychiatres et pédiatres se sont attachés à décrire le développement psychique et affectif de l'enfant. Nous présenterons brièvement les grands courants de pensée.

Le développement cognitif selon Jean Piaget.

Piaget (1956) (1) propose quatre grandes périodes dans le développement de l'intelligence de l'enfant.

La première phase est appelée « période sensori-motrice » et concerne les enfants de la naissance à 2 ans. Cette période, nommée également « préverbale » est subdivisée en six stades. Le premier stage (0 à 1 mois) appartient aux réflexes innés. Le second (1 à 4 mois) fait appel à l'acquisition d'actions adaptatives résultant de son expérience. Le troisième (4 à 8 mois) est le temps de la mise en place d'adaptations sensori-motrices intentionnelles. Le quatrième (9 mois à 12 mois) réside dans la coordination des schèmes secondaires et leur application aux situations nouvelles. L'enfant utilise les schèmes d'actions antérieurs pour atteindre son but et s'adapter. Le cinquième (11 -18 mois) est appelé réaction circulaire tertiaire. C'est le temps des expérimentations actives. Le sixième (18-24 mois) est celui de l'invention des moyens nouveaux par intériorisation des schèmes et combinaison mentale. Le schème d'action est défini comme représentant « l'équivalent fonctionnel des opérations logiques de pensée » Marcelli et Cohen (2012)(2).

La seconde phase est nommée « période préopératoire ». Elle concerne les enfants de 2 à 6 ans. Cette période est celle de l'accès à une intelligence représentative. La fonction symbolique apparaît et il existe une intériorisation des schèmes d'action en représentations. Cette fonction se développe en appui sur l'autre, par imitation. C'est la phase de développement du langage qui permet l'intériorisation. L'enfant reste cependant dans une pensée concrète et non réversible.

La troisième phase est la « période des opérations concrètes » et s'intéresse aux enfants de 7 à 12 ans. Cette étape est fondamentale dans l'accès à la socialisation car l'enfant accède à une pensée réversible et peut tenir compte d'autres points de vue que le sien. Le support concret reste nécessaire pour l'analyse des situations. L'enfant est alors capable d'opérations concrètes simples de type sériation ou classification, qui se complexifient avec l'avancée en âge.

La dernière phase est celle des « opérations formelles » (à partir de 11-12 ans). L'enfant devenant adolescent peut accéder à l'abstraction.

Le développement de l'appareil psychique selon Freud : les stades libidinaux

Freud décrit cinq stades dans l'évolution psycho-sexuelle de l'enfant. Freud emploie les termes de sexualité infantile, toutefois il reste important de ne pas restreindre la sexualité infantile à la seule génitalité. (Marcelli et Cohen, 2012)(2). Freud désigne par sexualité infantile « *tout ce qui concerne les activités de la première enfance en quête de jouissance locale que tel ou tel organe est susceptible de procurer* ».

Le premier stade appelé stade oral est intéressé les enfants de 0 à 12 mois. La bouche est la source de la pulsion et l'objet de la pulsion est le sein maternel. La relation à l'objet se

développe avec un passage du narcissisme primaire par non-différenciation avec l'objet, à une relation anaclitique. L'objet est alors perçu à travers la répétition des expériences.

Le second est le stade anal (2 à 3 ans). L'enfant apprend le contrôle de ses sphincters. L'objet de pulsion devient le boudin fécal. Interviennent alors des couples dialectiques structurants : expulsion-rétention, activité-passivité, soumission-opposition (Marcelli et Cohen, 2012)(2).

Le troisième est nommé stade phallique (3 à 4 ans). L'objet de la pulsion devient le pénis. Freud entend par pénis « organe de puissance, de complétude narcissique ». L'angoisse de castration (pour le garçon) et de manque (pour la fille) est alors introduite.

Freud décrit ensuite le « complexe oedipien ». L'objet de la pulsion devient le partenaire privilégié du couple parental. Ce stade est marqué par la reconnaissance de l'angoisse de castration ou du manque. Ce stade est résolu lors du renoncement à la possession de l'objet libidinal. (Marcelli et Cohen, 2012)(2). S'en suit alors la phase de latence et puis la génitalité qui marque le début de l'adolescence.

La phase de latence (7 à 12 ans) permet un processus de sublimation par l'apaisement des conflits sexuels du stade précédent. (Golse, 2011)(3)

Mélanie Klein et le dualisme pulsionnel

Mélanie Klein ajoute aux concepts psychanalytiques la notion de dualisme pulsionnel. Elle le décrit comme existant dès la naissance et organisant le psychisme du bébé. Elle introduit la pulsion de vie-pulsion de mort. Elle décrit le concept de position schizo-paranoïde et de position dépressive. La première est sous-tendue par l'angoisse de persécution qui prédomine les 4 premiers mois. La position dépressive venant ensuite est en lien avec

l'angoisse de la perte de l'objet qui est à son paroxysme vers l'âge de 6 mois. (Golse, 2011)(3)

René Spitz

Spitz décrit trois stades au développement de la première enfance : le stade pré-objetal ou sans objet, le stade du précurseur de l'objet et le stade de l'objet libidinal proprement dit. Pour Spitz le passage entre ces stades est soutenu par la relation mère-enfant. Il évoque la présence *d'Indicateurs* (tel que le sourire –réponse de l'enfant) comme révélateurs *d'organiseurs du psychisme*, témoins du développement psychique normal de l'enfant et rythmant l'évolution de l'enfant (Golse, 2011)(3).

Winnicott

Ce pédiatre-psychanalyste a apporté, à travers ses travaux dans la relation mère-enfant, des concepts tels que celui de la préoccupation maternelle primaire se développant dès la grossesse et persistant dans les premières semaines après la naissance. Cet état s'éteint pour faire place à l'acceptation d'être une mère « suffisamment bonne ». Winnicott développe les concepts du *holding* (soutien physique mais aussi psychique de l'enfant), du *handling* (manipulations du corps) et *d'object presenting* (capacité de la mère de proposer à son enfant l'objet souhaité au moment opportun). Nous lui devons également le concept *d'objet transitionnel*, un objet appartenant à la réalité que l'enfant inclut dans un monde d'illusion et d'omnipotence. Cet espace transitionnel permet à l'enfant de développer sa vie fantasmatique. C'est l'espace du jeu. (Marcelli et Cohen, 2012)(2).

Bowlby et la théorie de l'attachement.

Le lien mère-enfant dans les séparations a été travaillé par Bowlby et a donné lieu à la description de quatre différents types d'attachement en fonction de l'attitude de l'enfant lors d'une séparation. Il est décrit l'attachement de type « évitant » lorsque l'enfant ne recherche pas le contact avec sa mère lorsque celle-ci revient, mais ne le refuse pas. L'attachement de type « confiant » est décrit comme le seul attachement sécurisé. L'enfant recherche le contact (visuel ou physique). L'attachement de type « ambivalent » montre la recherche d'un contact par l'enfant mais qui est fui dès lors qu'il se produit. Enfin il est évoqué l'attachement de type « confus-désorganisé » où il est constaté chez l'enfant des signes d'appréhension, de confusion voire de dépression. (Marcelli et Cohen, 2012)(2)

Bullinger et l'approche sensori-motrice

Bullinger (2004)(4) propose une compréhension des processus par lequel le bébé habite son organisme pour finalement en faire son corps. Ces processus se basent sur la notion d'« équilibre sensori-tonique », définie comme le résultat de l'interaction de « flux » sensoriels issus de l'environnement et les réponses toniques du bébé. Bullinger décrit différents espaces dans une logique de développement céphalo-caudal en interaction et influence réciproque sans nécessairement de rapport chronologique.

Le premier espace décrit est « l'espace utérin », lieu du premier dialogue tonique entre la mère et son enfant. Puis lors de la naissance, l'enfant est soumis aux effets de gravité et Bullinger décrit donc « l'espace de la pesanteur ».

Le troisième espace est appelé « espace oral » et se fonde sur les expériences vécues par l'enfant essentiellement lors des repas, expériences aboutissant à la distinction d'un « dedans » par rapport à un « dehors ». Ceci permettant à l'enfant d'appréhender la fonction de contenance.

« L'espace du buste » (4^e espace corporel) se met en place sur la base de l'équilibre entre flexion et extension du haut du corps. Les premiers redressements actifs de l'enfant et la construction d'un arrière fond solide est à la base de la constitution de « l'axe corporel ». C'est également lors de ce temps que l'enfant acquiert la coordination entre vision focale et périphérique.

Bullinger décrit ensuite « l'espace du torse » comme le point d'appui postural mais aussi affectif, émotionnel et cognitif. L'axe corporel devient un pivot et la bouche devient le point de rassemblement des espaces latéraux. L'enfant peut alors pénétrer dans « l'espace du corps en mouvement » permettant les capacités de déplacement et d'exploration.

D'autres auteurs ont bien sûr développé des points cliniques majeurs dans la compréhension du développement du tout-petit et de ses interactions avec son entourage : Brazelton sur les compétences du bébé, Cramer et Lebovici sur l'interaction fantasmatique entre les parents et leur enfant, Stern et Golse sur l'émergence de soi et de l'intersubjectivité.

2) Principales pathologies psychiatriques de l'enfant

a) Troubles anxieux

Tout comme chez l'adulte, les troubles anxieux peuvent se manifester par des attaques de panique, dont la répétition caractérise un trouble panique. Les particularités de ces crises chez l'enfant sont l'association d'un contexte somatique riche. (Marcelli et Cohen, 2012)(2). Est également décrit chez l'enfant l'anxiété de séparation qui consiste en une réaction de peur intense, inhabituelle pour l'âge, au départ de la figure d'attachement. Ce type d'anxiété est une des raisons les plus communes du refus scolaire à l'âge du primaire. L'anxiété de séparation pathologique concerne, selon Gorin et al (1996) cité par Marcelli et Cohen (2012)(2), 2,75 % des enfants de 5 et 6 ans. Les auteurs évoquent également l'anxiété post-

traumatique, survenant dans les suites d'un stress sévère mettant en danger la vie ou la sécurité de l'enfant ou d'un proche. Tout comme l'adulte, l'enfant peut présenter les caractéristiques d'un état de stress post-traumatique.

Les troubles phobiques (simple, sociale, agoraphobie) sont également retrouvés chez l'enfant. La prévalence de la phobie simple est estimée entre 3 et 9 % et la phobie sociale des 7-11 ans est de 1% environ (Mouren-Siméoni et al., 1993)(5). Les troubles obsessionnels compulsifs sont, quant à eux, décroissant avec l'âge et la prévalence chez les enfants de moins de 15 ans est estimée à 0,25 % (Heyman et al., 2001)(6).

b) Troubles du spectre autistique

Le diagnostic d'autisme infantile est actuellement regroupé dans le cadre nosographique des Troubles Envahissant du Développement (TED) selon la dénomination utilisée par la Classification Internationale des Maladies (CIM-10). La dernière édition du Manuel Diagnostique des Troubles Mentaux (DSM-5) introduit le terme de Troubles du Spectre Autistique et définit deux groupes de critères cliniques : « difficultés persistantes sur le plan de la communication et des interactions sociales » et « comportements stéréotypés et intérêts restreints » (7).

Les Troubles Envahissants du Développement sont différenciés en huit catégories distinctes : Autisme infantile, autisme atypique, syndrome de Rett, autres troubles désintégratifs de l'enfance, hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés, syndrome d'Asperger, autres troubles envahissant du développement et troubles envahissants du développement sans précision. Ces troubles sont définis par la HAS (2010)(8) comme « *un groupe hétérogène de troubles qui se caractérisent tous par des altérations des interactions sociales réciproques et des modalités de communication et de langage, ainsi que par un répertoire d'intérêt et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif.*

Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations.»

Sont associés aux TED des nombreuses comorbidités tant somatiques (épilepsie, désordres métaboliques, troubles cardiovasculaires, gastro-intestinaux...) que psychiatrique (hétéroagressivité, automutilations, trouble de l'humeur, hyperactivité, troubles de sommeil) (Mannion et Leader, 2013)(9). Ces comorbidités entraînent un recours aux soins plus fréquent qu'en population pédiatrique générale.

c) Troubles de l'humeur et les tentatives de suicide

10 à 15% des tentatives de suicides de l'enfant et l'adolescent concerneraient les moins de 12 ans (Duche, 1987)(10). Chez l'enfant, la maturité du concept de mort est liée à son niveau de développement cognitif et affectif, qui évolue avec son environnement. Leur compréhension du suicide passe par trois sources : les discussions avec des enfants plus âgés, la télévision, et les actes suicidaires des membres de leur entourage (Mishara, 1999)(11). Le geste est le plus souvent impulsif et réactionnel à un événement de vie. Cependant les motifs allégués après le passage à l'acte à souvent à distinguer d'un événement ou d'une problématique sous-jacente qui peut jouer un rôle déterminant dans le comportement suicidaire de l'enfant. Le geste est le plus souvent sans gravité somatique, même si les données actuelles rendent difficiles l'estimation précise d'une prévalence des tentatives de suicide et d'un ratio suicide réussis / tentatives de suicide. (Delamare et al., 2007)(12)

Dans 22.6% des cas, une autre pathologie psychiatrique est diagnostiquée. La dépression et le trouble de l'adaptation sont les deux troubles les plus fréquemment retrouvés (Delamare et al., 2007)(12).

La prévalence de la dépression, dont les études épidémiologiques montrent l'augmentation, est de 2.1 à 3.4% chez l'enfant selon l'Inserm. (13)

Marcelli et Cohen (2012)(2) cite les symptômes isolés par Weinberg, à rechercher : l'humeur dysphorique, l'autodépréciation, un comportement agressif ou agité, des troubles du sommeil, des modifications des performances scolaires, une diminution de la socialisation, des modifications de l'attitude à l'école, des plaintes somatiques, une perte de l'énergie habituelle et des modifications inhabituelles de l'appétit associé ou non à une perte de poids.

d) Troubles psychosomatiques

Les troubles de conversion sont rares chez l'enfant de moins de 10 ans, de l'ordre de quelque cas par an (Marcelli et Cohen, 2012)(2). Les auteurs précisent que lorsqu'ils existent, ces conversions intéressent quasi-exclusivement l'appareil locomoteur et en particulier la marche. Cette conversion peut être en miroir d'une atteinte motrice dans l'entourage.

Les plaintes psychosomatiques sont donc plus souvent des somatisations associées à des manifestations anxieuses ou dépressives.

L'eczéma, l'asthme, les vomissements, les migraines sont autant de symptômes de somatisation fréquents.

Enfin des troubles adaptatifs peuvent survenir au terme d'une pathologie organique ayant été réelle, on parle alors d'hypochondrie.

e) Trouble de l'attention, hyperactivité

Le Trouble de l'Attention, Hyperperactivité (TDA/H) est défini par l'association de trois types de manifestations : les troubles de l'attention, l'hyperactivité motrice et l'impulsivité. L'enfant est en difficulté pour terminer une tâche, il existe de nombreuses erreurs « d'inattention »,

une distractibilité importante. Il peut être associé une agitation incessante et une activité désordonnée et inefficace.

La prévalence du TDA/H est de 5 à 9 % lorsque les études sont basées sur l'utilisation du DSM IV. Le taux varie entre 0.4 % et 4% lorsque les critères de la CIM-10 sont utilisés. (Chambry, 2006)(14). Le sex-ratio est de 3 à 9 garçons pour une fille. Les troubles débutent généralement avant 7 ans et tendent à s'améliorer à l'adolescence et à l'âge adulte la plupart du temps (Marcelli et Cohen, 2012)(2).

Néanmoins le TDA/H est fréquemment associé à d'autres troubles (pour deux tiers des enfants) (Cantwell, 1996)(15). Il existe dans les comorbidités des troubles des conduites (TC) pour 25 % des enfants et un trouble oppositionnel avec provocation (TOP) pour 30 à 50 % des enfants avec TDA/H selon les études (Chambry, 2006)(14). Il est retrouvé entre 10 et 92 % des troubles des apprentissages et entre 25 et 40 % des troubles anxieux ou dépressifs (Marcelli et Cohen, 2012)(2).

Il peut être utilisé, pour appuyer l'évaluation diagnostique, des échelles telles que celle de Conners qui comprend deux questionnaires, l'un pour les parents et l'autre pour l'enseignant.

Les traitements médicamenteux fréquemment utilisé dans les TDA/H sont les psychostimulants (méthylphénidate).

Néanmoins (Chambry, 2006)(14) insiste sur l'importance d'associé au traitement médicamenteux des interventions auprès de l'enfant (thérapie comportementale, aides aux habilités sociales, rééducation dans les troubles des apprentissages) et à sa la famille (thérapie familiale, groupes de soutien ou encore programmes d'éducation thérapeutique auprès des parents).

f) Troubles oppositionnels avec provocation et troubles des conduites

Les troubles des conduites et les troubles oppositionnels avec provocation sont décrits dans la CIM-10 comme appartenant aux troubles émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence.

Le Trouble des Conduites (TC) est « un trouble caractérisé par un ensemble de conduites dyssociales, agressives ou provocatrices, répétitives et persistantes, dans lesquelles sont bafouées les règles sociales correspondant à l'âge de l'enfant » (CIM-10)(16). Une durée de persistance des symptômes de 6 mois est à observer.

La prévalence chez l'enfant est faible, estimée entre 5 et 10 %. Le sex-ratio est estimé à 2 garçons pour 1 fille. (Marcelli et Cohen, 2012)(2). Les diagnostics d'exclusion tels que la schizophrénie, la manie, la dépression, les TED et le trouble hyperkinétique doivent être écarté avant d'annoncer ce type de diagnostic. (Collective, 2005)(17).

Le Trouble Oppositionnel avec Provocation (TOP) est défini comme un des différents types de TC dans la CIM-10. (Collective, 2005)(17). Il correspond à une attitude de refus persistante des contraintes et des normes sociales se manifestant par une opposition et/ou une provocation à l'égard des adultes ou des pairs. Lorsqu'il existe une agressivité, celle-ci reste verbale. La prévalence du TOP est maximale entre 8 et 10 ans, et est estimée à 3 à 4% des enfants. Cette prévalence diminue à l'adolescence (1 à 3 % entre 13 et 18 ans). (Gasman et Allilaire, 2009)(18). De même que pour le TC, le sex-ratio est d'environ 2 garçons pour 1 fille (Marcelli et Cohen, 2012)(2).

g) Les troubles du sommeil

Les troubles du sommeil les plus fréquents chez l'enfant sont les peurs nocturnes pathologiques. Celles-ci affectent 30 % des enfants selon Ducasse et Denis (2015)(19) et sont donc des motifs de consultation fréquents. Muris et al. (2001)(20) retrouvent l'association des peurs nocturnes avec des troubles anxieux pour 10 % des enfants. Cornwall et al. (1996)(21) mettent en évidence la persistance des peurs nocturnes pathologiques en l'absence de prise en charge. La prise en charge via les thérapies cognitivo-comportementales ont démontré leur efficacité. (Ducasse et Denis, 2015)(19).

B) L'adolescent en pédopsychiatrie

« Le passage adolescent implique le remaniement radical des frontières entre soi et l'autre, entre le dedans et le dehors, l'intérieur et l'extérieur, l'entrée dans un sexe et dans la génitalité » (Le Breton, 2013)(22).

1) Les adolescents, la crise et les urgences

L'adolescent et la recherche de limites corporelles

Pour Le Breton (2013)(22), à l'adolescence le corps devient le « champ de bataille de l'identité », alors que il persiste une grande fragilité dans les assises de l'estime de soi. Les changements corporels inhérents au processus adolescent s'imposent et s'ouvre alors la question de l'absence de contrôle du corps et de ses réactions. Le contrôle de se corps qui se transforme peut passer des tentatives de contrôle du poids ou d'appropriation du « Moi » en usant de piercings, de tatouage, de particularités vestimentaires...

Lorsque le jeune est en souffrance psychique, le corps peut être le moyen de contrôler son existence. Le Breton (2013)(22) établi un lien avec l'objet transitionnel de Winnicott : « le corps ainsi utilisé n'appartient ni au moi ni au non moi, il est l'organe de passage, le lien fondamental de la présence au monde, mais simultanément dissocié de soi et usé comme

d'un instrument pour accéder à l'autre rive ». Les conduites à risques, telles que les scarifications par exemples, sont alors conçues comme des processus de résistance face aux angoisses. Elles peuvent être une manière de rétablir la continuité avec soi et apparaissent et comme une tentative d'ajustement au monde sans renoncer à soi (Le Breton, 2013)(22).

Les conduites à risques sont pourvoyeuses de multiples consultations aux urgences pour des motifs initialement traumatiques ou de consommation de substances psychoactives. Marcelli et Mezange, (2000)(23) soulignent l'importance d'une attention particulière en cas de consultations répétées aux urgences pédiatriques ou au SAU adulte pour des traumatismes, car ils peuvent être le signe d'une souffrance psychique externalisée et peuvent être des équivalents suicidaires.

Les soins résident donc dans la mise en place de représentations psychiques contenantantes. Il est constaté aux urgences que les instants suivants la résolution temporaire de la crise, permettent d'accéder aux processus représentation par la verbalisation autour de l'acte dans une ouverture sur soi et vers l'autre. (Speranza et al., 2002)(24)

La crise

L'urgence en pédopsychiatrie coïncide avec une situation de crise pathologique ressentie comme présentant un danger imminent ou vital pour le jeune et/ou son entourage. (Speranza et al., 2002)(24). Marcelli et Braconnier (1998)(25) définissent la crise comme un « moment temporaire de déséquilibre et de substitution rapides remettant en question l'équilibre normal ou pathologique du sujet. Son évolution est ouverte, variable ; elle dépend tout autant de facteurs internes qu'externes ». Néanmoins, la crise n'est pas toujours synonyme de pathologie. C'est une étape de changement parfois nécessaire à la construction de soi (processus de maturation adolescent tels que la puberté par exemple). La vie de tout sujet

est constituée de périodes d'homéostasies différentes, des crises intervenant dans l'élaboration d'une nouvelle phase d'équilibre. Toutefois ces crises peuvent être difficilement vécues. Speranza et al. (2002)(24) rappellent qu'en psychiatrie, la crise est un moment de bouleversement où les fragilités de l'individu peuvent être réactivées. Ces transformations peuvent être internes (développementales) ou liées à un événement externe (traumatismes, ruptures dans la continuité éducative, deuils, naissances...). Cette crise peut être à l'origine d'angoisses majeures, débordant des capacités de contenance de l'adolescent et de son entourage. L'échec de l'aménagement de l'organisation défensive pourra aboutir à un état pathologique, à une rigidification du fonctionnement plutôt qu'à une réorganisation nécessaire (Speranza et al., 2002)(24).

(Speranza et al., 2002)(24) décrivent deux vecteurs à l'origine d'une crise psychopathologique. Le premier réside dans le survenue d'une pathologie psychiatrique aiguë telle qu'une symptomatologie délirante, maniaque, dépressive ou encore l'apparition d'angoisses majeures, signant un sentiment de déréalisation et de danger imminent. Le second s'inscrit dans une dimension non purement psychiatrique, les troubles sont dits réactionnels. Ils résultent d'un contexte de « crise environnementale, familiale ou sociale » (Speranza et al., 2002)(24). Jeammet (2013)(26) rappelle que l'apparition d'un symptôme ne signe pas nécessairement une pathologie psychiatrique. L'auteur insiste sur leur possible valeur adaptative, lorsqu'ils n'entravent pas le développement de la personnalité et de l'estime de soi. Il précise que si ces symptômes ne sont pas toujours pathologiques, ils peuvent avoir une valeur pathogène par auto-entretien et auto-renforcement. Cette pathogénicité a un effet d'accroissement de la vulnérabilité de l'enfant par appauvrissement de ses compétences. Pour Jeammet (2013)(26) le pathologique relève de l'enfermement dans les conduites pathogènes.

Ces deux vecteurs peuvent être intriqués et mener à une « situation d'intolérance absolue et dangereuse entre le jeune et son environnement » (Speranza et al., 2002)(24).

Les adolescents et les urgences

Les adolescents représentent en moyenne 10% de la population générale (10 % en région Ile-de-France, 10.8 % à Amiens). L'adolescence est censée être une période de vie où on est le moins « malade ». Or les adolescents représentent respectivement 12.8 % et 10,6 % des passages aux urgences. (Boudailliez et al., 2001)(27). 20 % des adolescents à Paris et 5,5 % à Amiens, consultent les urgences à plusieurs reprises dans l'année. Ces résultats paradoxaux soulèvent la question de l'utilisation des urgences comme structure de soins primaires et donc de l'organisation des soins en amont ((Boudailliez et al., 2001)(27).

Le motif de recours aux soins en urgence est souvent sous-tendu par une attente de l'apaisement des angoisses, face à une situation jugée intolérable.

Les mises en actes sont parfois les seules modalités trouvées par l'adolescent et/ou son entourage pour apaiser les angoisses devenues insupportables pour l'intégrité psychique. L'acte crée une brèche dans la réalité et remplit un rôle de décharge des tensions. (Speranza et al., 2002)(24). Néanmoins la part de dangerosité (auto/hétéroagressivité) de ces actes est à considérer.

2) Principales motifs de consultation psychiatriques de l'adolescent et pathologies associées

a) L'adolescent suicidaire ou suicidant

Le suicide est la 2^e cause de décès pour les 15-24 ans en France mais aussi dans le monde d'après l'OMS (28). Une étude Inserm établi en 2008 que le suicide est la cause de 13 % des

décès chez les 15-24 ans. Elle montre sex-ratio de 3.8 garçons pour une fille (Peyre et al., 2014)(29).

Lors de décès par suicide (les suicidés), les modes les plus fréquents chez le garçon de 14 à 19 ans sont la pendaison (54 %), les armes à feu (16 %) et par précipitation d'un lieu élevé (7 %). Chez les filles la pendaison est estimée à 40 %, par précipitation à 20 % et les intoxications à 18 %. (De Tournemire, 2010)(30)

Pour l'OMS (28), une tentative de suicide est définie par « tout acte délibéré, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose reconnue comme thérapeutique ». Le moyen utilisé est majoritairement l'ingestion médicamenteuse dans 66,7 % des cas (Chérif et al., 2012) (31).

La tentative de suicide (suicidant) est considérée, surtout à l'adolescence, par Alvin (2009) (32) non comme une volonté de mourir, mais comme un « appel à l'aide », « une demande de mieux vivre ».

Concernant la prise en charge des adolescents suicidants, les recommandations de l'Anaes de 1998 recommandent « l'admission dans un premier temps dans le service des urgences d'un hôpital de tous les enfants et adolescents ayant réalisé une tentative de suicide » (33).

Une étude rapporte que seulement 25 % des adolescents ayant réalisé une tentative de suicide (TS) sont hospitalisés au décours. Cette même étude estime la fréquence des antécédents de TS à 8,2 % au cours de l'enfance et de l'adolescence (Peyre et al., 2014)(29).

Des dispositifs de prévention de la récurrence s'organisent pour recontacter les adolescents et leur assurer un soutien dans le suivi post-TS (VIGILANS, réseau ASMA).

Les tentatives de suicides ne sont pas le reflet d'une seule pathologie psychiatrique. Chérif et al. (2012)(31) rappellent que « la conduite suicidaire est transnosographique ». Elle peut être rattachée à un trouble de l'adaptation (23 %), un syndrome dépressif (10 à 40 % selon les études), un trouble anxieux (6,7 %), un trouble bipolaire (3,3 %), une schizophrénie (6,7 %) ou encore un trouble de la personnalité (10 %). (Chérif et al., 2012)(31)

b) Les troubles du comportement

Ce motif de consultation est assez rare aux urgences pédiatriques, il concernerait 0.55% de l'ensemble des motifs d'admission des moins de 15 ans (Picherot et al., 2003)(34). Toutefois il devient plus fréquent chez les adolescents de plus de 15 ans (Delvenne et Raynaud, 1993)(35)

Les troubles du comportement aux urgences sont déstabilisants et à l'origine d'angoisses pour le personnel soignant comme pour les familles.

Cependant la violence ne signe pas une pathologie psychiatrique. Si l'on met à part les troubles liés à l'utilisation de substance, 85% des sujets violents ne présentent pas de maladie mentale et 90% des sujets présentant une pathologie psychiatrique grave ne sont pas violents (Swanson et Holzer, 1991)(36).

S'il convient d'éliminer les causes somatiques possiblement à l'origine d'agitation (certaines affections neurologiques ou troubles métaboliques, la douleur intense, l'alcool et autres toxiques...), certaines situations psychiatriques sont susceptibles d'en être la cause. Citons les épisodes psychotiques aigus, l'état dépressif (d'autant plus que l'adolescent est jeune), la maltraitance, les manifestations réactionnelles, les troubles de la personnalité (Duverger et al., 2013)(37)

Une grande majorité des enfants et adolescents admis aux urgences pour agitation ou hétéro-agressivité sont calmes à leur arrivée, une fois la crise passée. Ce qui est à l'origine d'une sortie parfois prématurée, la situation restant une urgence même lorsque le calme est revenu.

c) Symptomatologie anxieuse

Cette catégorie regroupe de nombreux sous-ensembles, des phobies (scolaires, sociales...), troubles obsessionnels compulsifs, anxiété généralisée...

Il s'agit d'une fréquente cause de consultation aux urgences, et même souvent sous-évaluée, en particulier pour l'anxiété généralisée et les Troubles obsessionnels compulsifs (Dubois, 2008)(38)

La consultation a souvent lieu plusieurs années après le début des troubles

Les comorbidités psychiatriques sont fréquentes. L'association anxiété-dépression bien sûr, sans qu'elle soit précisément quantifiée, mais aussi les troubles du comportement alimentaire, les troubles psychotiques. La consommation de produits peut être un moyen pour l'adolescent pour gérer ses troubles, mais la consommation de produit en elle-même peut être source d'anxiété. Il faut aussi signaler la fréquente association de plusieurs troubles anxieux.

La multiplicité des symptômes, l'association fréquente à des produits et le risque de conduites à risque ou de passages à l'acte rend la prise en charge des troubles anxieux souvent difficile.

Les troubles anxieux sont aussi une porte d'entrée classique à l'adolescence pour d'autres symptômes voire pathologies psychiatriques.

d) Les symptômes dépressifs

Longtemps considéré comme normale dans le processus adolescent, les idéations dépressives sont désormais considérées comme une pathologie à part entière.

La prévalence de la dépression, dont les études épidémiologiques montrent l'augmentation, est de 2.1 à 3.4% chez l'enfant et de 14% chez l'adolescent selon l'Inserm (13). Ces chiffres varient cependant beaucoup selon les études. Le sex-ratio est 1 garçon pour 2 filles à l'adolescence.

Les conséquences possibles à court à et plus long terme sont nombreuses, de la baisse du niveau scolaire, aux tentatives de suicides (Alvin et Marcelli, 2005)(39) en passant par la consommation de toxiques [Ryan et al 1987].

Gould et al, (2003) (40) précisent que 60 % des adolescents ayant réalisé un geste suicidaire présentent une symptomatologie dépressive et qu'un syndrome dépressif majeure par 27 le risque d'un passage à l'acte. Tuisku et al. (2006)(41)établissent que 50% des adolescents déprimés ont des idées ou comportement suicidaires

La dépression de l'adolescent est fréquemment associée à d'autres troubles psychiatriques. Cela serait le cas dans 40 à 70% des cas (Birmaher et al., 1996)(42).

e) Les troubles du comportement alimentaire

Cette pathologie intéresse les adolescents et les enfants dans une moindre mesure, mais aussi les jeunes adultes, dont l'incidence est en hausse depuis plusieurs décennies.

Elle comprend une forme restrictive avec ou non conduites de vomissements provoqués et une forme boulimique. S'y associe une morbidité biologique, psychologique et sociologique, ainsi qu'une mortalité importante.

L'anorexie mentale touche toucherait 1 adolescent sur 200 et 5 à 13 % des adolescents présentent un trouble du comportement alimentaire (Jeammet, 2011)(43). Le sex-ratio est d'un garçon pour dix filles. (Vidailhet et al., 2005)(44).

Ces troubles sont très fréquemment associés à d'autres pathologies psychiatriques. En particulier les troubles anxieux (qui précèdent souvent les troubles du comportement alimentaire). Le trouble anxieux le plus souvent retrouvé est la phobie sociale. (Godart et al., 2003)(45). On retrouve aussi des troubles obsessionnels et compulsifs, des troubles addictifs et des épisodes dépressifs caractérisés avec risque suicidaire ainsi que des troubles de la personnalité (obsessionnelle, limite).

L'évolution se fait vers la rémission ou la chronicisation des symptômes. La mortalité (par suicide ou liée aux complications de la cachexie) est estimée entre 5 et 10 % (Vidailhet et al., 2005)(44).

Vidailhet et al.(2005)(44) rappellent l'importance d'une prise en charge conjointe entre pédiatre, psychiatre, psychologues, diététicien, infirmier, éducateurs, enseignants. La prise en charge repose sur la prise en charge nutritionnelle, bien sûre, mais également sur une psychothérapie (individuelle et/ou familiale).

f) Plaintes somatiques et troubles convertifs

Les plaintes somatiques à l'adolescence sont fréquentes. Une étude retrouve 42 % des adolescents signalent des céphalées, 33 % des dorsalgies et 32 % des maux de ventres. (Mille et Boudailliez, 2012)(46).

Démêler l'origine organique ou psychique de la plainte somatique n'est jamais simple pour les praticiens.

Ces plaintes somatiques peuvent être formulées dans un contexte d'anxiété reconnu ou dans un mécanisme de conversion somatique.

Les troubles conversifs sont peu fréquents. Leur incidence en population pédiatrique est évaluée entre 2.3 et 4.2/100 000, croît avec l'Age et concerne essentiellement les filles (Kozłowska et al., 2007)(47)

Les principaux symptômes sont : une faiblesse motrice, des pseudo-crisés d'épilepsie, des troubles de la sensibilité.

Dans 70 à 92% des cas, leur évolution est favorable, avec disparition de la symptomatologie. Cependant dans 28 à 41% des cas on retrouve un trouble psychiatrique à distance (essentiellement de type trouble anxieux et trouble de l'humeur) (Stalin et al., 2015)(48)

L'association à d'autres troubles psychiatriques est fréquente, en particulier avec les troubles anxieux et les troubles de l'humeur (Auxéméry et al., 2011)(49)

g) Hallucinations et symptômes psychotiques

L'adolescence est un âge fréquent d'apparition pour une grande partie des maladies psychiatriques, même si celles-ci ne présentent pas encore les caractéristiques cliniques classiques (Corcos et al., 2002)(50). L'adolescence constitue une période de vulnérabilité vis-à-vis des troubles psychotiques.

La multiplicité des étiologies doit entraîner une certaine prudence dans la recherche d'un diagnostic définitif, au-delà du simple recul temporel. Certains symptômes peuvent par exemple se rapprocher de ceux d'un effondrement dépressif. Selon Marcelli, cité par Mc McGorry et al. (1995)(51), poser ce diagnostic en deçà d'un délai de 6 mois, ou même seulement en émettre formellement l'hypothèse aux parents, relève de l'erreur diagnostic,

voire de la faute professionnelle. Dans près de 75% des cas le suivi permettra de constater la disparition totale des troubles.

II. Organisation des soins en pédopsychiatrie : le secteur

A) Historique

A la fin du XIXe siècle, les principes aliénistes étaient questionnés par de nombreux psychiatres qui constataient des dérives dans la finalité thérapeutique des asiles par une ségrégation des malades mentaux, venant s'ajouter à une sur-population et à un archaïsme des soins. B.A. Morel et V. Magnan s'inspirèrent de *l'open door* britannique pour évoquer une ouverture des hôpitaux psychiatriques vers la communauté. ((1)(52).

Sur le plan légal, le premier texte présentant la notion de secteur est une circulaire du 15 mars 1960. Il faudra attendre dix ans pour que l'appui politique et administratif permette d'initier la mise en place du secteur. Deux lois, celle du 25 juillet puis celle du 31 décembre 1985, vont entériner cette organisation en confiant le financement de la santé mentale à l'assurance maladie (Pascal et al., 2012)(53). La sectorisation psychiatrique « qualifie la structuration de l'organisation de l'offre publique de soins psychiatriques actuelle » (Coldefy et al., 2011)(54).

Les soins pédopsychiatriques se mettent en place sur le modèle de la psychiatrie adulte. La limite d'âge de 16 ans est fixée par le décret du 14 mars 1986, qui reprend une circulaire du 13 septembre 1961. Cette limite d'âge reste néanmoins floue car la circulaire du 11 décembre 1992 ajoute que cette limite d'âge est « la limite d'âge inférieure pour les personnes susceptibles de faire appel au secteur de psychiatrie adulte » mais qu'il est dans les missions du secteur de psychiatrie infanto-juvénile de prendre en charge la santé mentale des adolescents quel que soit leur âge. (Lim et al., 2013)(55).

Un découpage par intersecteur est réalisé et la circulaire du 16 mars 1972 établit à chaque secteur un hôpital de rattachement. Les secteurs de pédopsychiatrie sont donc construits sur une logique géodémographique et sont au nombre de 321. A chaque secteur est rattaché un bassin de population d'environ 210 000 habitants (Pascal, 2012) (52) soit entre 40 000 et 50 000 enfants entre 0 et 16 ans.

B) Composition du secteur

Chaque secteur est composé d'une « équipe polyvalente, hiérarchisée dans une perspective médicale, qui assure dans la continuité et la coordination la prise en charge ambulatoire et hospitalière des patients qui présentent des troubles mentaux » (Pascal, 2012) (52). A la tête du secteur, un médecin psychiatre coordonne les soins. Certaines structures telles que des hôpitaux de jour ou des services d'hospitalisation temps plein propose l'inclusion d'un enseignant spécialisé détaché de l'éducation nationale.

Ils proposent donc diverses structures de proximité afin de permettre une prise en charge la plus adaptée possible.

C) Rôle du secteur

Les missions du secteur sont multiples : prévention, diagnostic et traitement des troubles des enfants résidant dans la zone de recouvrement géographique. Il leur incombe également de participer au travail de réseau, d'information et de formation des partenaires travaillant sur le secteur tels que l'ASE, les services de la Justice, les établissements médico-sociaux, les centres de protection maternelle (PMI), les praticiens libéraux (psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, médecins généralistes, pédiatres...), les centres hospitaliers recevant les patients (service de pédiatrie, maternité...), l'éducation nationale, les associations locales. Le lien doit également être travaillé entre les différents secteurs de pédopsychiatrie. (Malvy et Bergoënd, 2010) (56).

D) Les structures du secteur

1) Structures de soins ambulatoires

Les Centre Médico-Psychologiques (CMP) sont des structures situées dans la communauté. Ils constituent le centre d'accueil de proximité et sont souvent le lieu du premier contact avec la psychiatrie. 87 % des secteurs disposent d'au moins deux CMP. Néanmoins il existe une disparité importante entre terme de ressources et d'équipements entre les différents secteurs, selon l'implantation rurale ou urbaine et la nature de l'hôpital de rattachement (Coldelfy et Salines, 2004)(57). En 2000, 85 % des enfants et adolescents ont été pris en charge uniquement par les structures de soins ambulatoire (Welniarz et Medjdoub, 2007)(58).

Selon les secteurs, les CMP sont individualisés en fonction de l'âge de l'enfant ou non.

Les équipes de CMP sont constituées le plus souvent de pédopsychiatres, de psychologues, de psychomotriciens, d'orthophonistes, d'éducateurs spécialisés, de secrétaires, d'assistants sociaux, d'agents de service hospitalier.

Ses missions sont celles du secteur : prévention, diagnostic et projet de soins individualisé pour les enfants résidant dans la zone géographique d'intervention, lien avec les partenaires gravitant autour de l'enfant. Ils ont également pour mission la participation aux actions de prévention et d'information auprès des partenaires (école, ASE, associations...).

Les CMP proposent des consultations individuelles pluridisciplinaires mais également des soins en groupe afin d'adapter les soins aux besoins de l'enfant. Des actions à l'extérieur sont aussi réalisées (visites à domicile, temps d'observation dans les écoles ou les crèches...).

2) Les structures à temps partiel

Il existe deux structures d'accueil à temps partiel : les Centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) et les Hôpitaux de Jour (HDJ).

Le CATTP est plus inscrit dans la communauté et propose des actions de soins ambulatoires dans des modalités de temps adaptable au projet de soin de l'enfant. Ces soins peuvent être individuels ou en groupe. La force de ce dispositif est une prise en charge plus intensive qu'en CMP tout en permettant à l'enfant de rester scolarisé. Des adaptations sont anticipées avec les structures scolaires afin de permettre la récupération des cours lorsque les soins sont sur des temps scolaires. 74 % des secteurs disposent d'au moins un CATTP et pour 91 %, ils sont situés hors du site de l'hôpital de rattachement (Coldelfy et Salines, 2004)(57).

L'HDJ propose des soins pluridisciplinaires plus soutenus et plus présents en terme de temps sur la semaine. Les soins peuvent être de quelques demi-journées à plusieurs journées par semaine voir la semaine complète, en fonction des troubles présentés. Il existe alors une déscolarisation partielle ou totale. Afin de soutenir les apprentissages, les HDJ disposent le plus souvent d'enseignants spécialisés. 91 % des secteurs disposent d'au moins un HDJ et proposent en moyenne 13 places par structures (Coldelfy et Salines, 2004)(57).

Au total, seulement 4% des secteurs ne dispose ni de CATTP ni d'HDJ. (Coldelfy et Salines, 2004)(57).

3) Les structures à temps complet

Les urgences

Elles sont le premier lieu d'accueil des adolescents qui nécessitent une hospitalisation. C'est le temps de l'évaluation des troubles psychiatriques, des co-morbidités somatiques

associées ou des diagnostics différentiels, d'entendre le jeune sur sa souffrance et d'initier des soins. Cette évaluation permet d'orienter la prise en charge.

L'hospitalisation en pédiatrie

Elle permet une séparation, une évaluation clinique, la mise en place d'un traitement et d'initier le travail de réseau tout en évitant une stigmatisation des troubles qui pourrait n'être que réactionnels. Elle est également le lieu de prise en charge des enfants et des adolescents présentant une composante somatique à prendre en charge (dénutrition sévère, surveillance après intoxication...).

L'hospitalisation en service de psychiatrie infanto-juvénile

Ce type de soins est proposé en situation de crise (individuelle et/ou familiale et/ou institutionnelle) nécessitant un cadre contenant, une séparation de l'environnement, une protection en cas d'auto ou d'hétéro agressivité. Ces hospitalisations sont le plus souvent de courte durée (Richard et al., 2010)(59). Ces unités d'hospitalisation accueillent également des jeunes présentant des pathologies psychiatriques avérées (syndrome dépressif majeur, pathologies délirante, troubles des conduites...) pour lesquelles une prise en charge ambulatoire n'est momentanément pas possible. Elles permettent un apaisement de la symptomatologie, une évaluation clinique (entretien, observations au quotidien, bilans psychologiques...). Ces hospitalisations peuvent être le temps de la constitution d'un projet de soin incluant des hospitalisations séquentielles, de l'HDJ, une scolarisation adaptée, des soins ambulatoires. Le travail avec les partenaires du réseau est essentiel. Néanmoins 63 % des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile n'ont pas de lits d'hospitalisation. (Coldefy et Salines, 2004)(57).

Hospitalisation en service de psychiatrie adulte

Il existe un défaut de prise en charge des adolescents entre 16 et 18 ans. Ils n'ont leur place ni avec les plus jeunes ni avec les adultes. La clinique adolescente présente des particularités cliniques, psychopathologiques et thérapeutiques nécessitant des adaptations de la part des services de psychiatrie adulte. Ces hospitalisations sont le plus souvent par défaut, faute de structures de prise en charge adaptées sur chaque secteur. (El Rhatrif, 2011)(60).

Hospitalisation en unité mère-enfant

En 2003, 36 % des secteurs proposaient une unité spécialisée dans le travail du lien mère-enfant. Ces unités fonctionnent principalement via des consultations en CMP, mais également sur une modalité de CATTP, d'HDJ ou d'hospitalisation temps plein dans une mesure moindre (Coldelfy et Salines, 2004)(57).

Les hospitalisations sont indiquées lorsque la relation mère-enfant est à haut risque (de négligence, de maltraitance) ou apparaît pathologique (troubles des interactions avec retentissement clinique chez le bébé). De même en cas de pathologie psychiatrique maternelle pré-existante décompensant à la faveur du post-partum ou de pathologie *de novo*, entravant la construction du lien mère-enfant.

E) La pédopsychiatrie de liaison

Dans 8 secteurs sur 10, une activité de liaison est développée entre le secteur et les structures somatiques accueillant les enfants.

1) Historique de la pédopsychiatrie de liaison

Ce n'est qu'en 1950 en France que la pédopsychiatrie rentre dans le fonctionnement des services de pédiatrie. L'activité de liaison s'est ensuite développée dans les années 1970 afin de mieux répondre aux besoins des unités de médecine somatique.

Pour Zumbunnen et Fauchère, (1992) (53) la psychiatrie de consultation-liaison « s'occupe des troubles psychiatriques se manifestant chez les patients des autres disciplines médicales » mais elle a aussi un rôle de soutien et de conseils auprès des autres professionnels, et rares sont désormais les établissements hospitaliers à s'en affranchir.

2) Le rôle d'une équipe de liaison

Le fonctionnement des diverses équipes de pédopsychiatrie de liaison est variable selon les établissements hospitaliers car ils doivent souvent s'adapter à l'organisation des services de pédiatrie. La demande de prise en charge vient fréquemment de l'équipe de pédiatrie, et plus rarement de l'enfant ou de la famille. Il est parfois nécessaire de convaincre le patient ou son entourage du bien fondé de notre présence, qu'ils soient informés ou non de notre passage. (Lenoir et al., 2009)(61)

Devant le rôle important des services de pédiatrie dans la détection et la prise en charge des troubles psychopathologiques de l'enfance, la pédiatrie est une porte d'entrée pour un grand nombre d'enfants, d'adolescents et de familles dans la prise en compte d'une problématique psychique et/ou psychiatrique (Gérardin, 2009)(62)

Le psychiatre de liaison est souvent appelé lorsque l'équipe du service demandeur est en difficulté avec une prise en charge. Les attentes sont parfois importantes et on peut observer un mal être voir un début de rejet de la part cette équipe en souffrance.

Il est nécessaire pour le psychiatre de liaison de s'assurer de l'articulation efficace entre les équipes de pédiatrie et de pédopsychiatrie, le terme de liaison ne se limitant au rôle tenu avec le patient et sa famille.

L'objectif attendu du travail du pédopsychiatre est varié. On peut citer la réduction de la durée des séjours, la mise en évidence de diagnostics, la prise en charge thérapeutique, mais aussi parfois améliorer l'observance/diminuer l'opposition du patient, ou rassurer devant l'annonce d'une maladie grave par exemple. La réponse aux demandes se doit aussi d'être la plus rapide possible. Cela peut être rendu difficile par le faible nombre de pédopsychiatres et les contraintes budgétaires actuelles. L'équilibre entre ces demandes, la réalité économique et celle du travail de pédopsychiatre est difficile à trouver. Par exemple, l'impératif d'une prise en charge rapide afin de limiter la durée de l'hospitalisation, rend difficile la création d'un espace de confiance nécessaire, et la limite aux demandes adaptées à une prise en charge par l'équipe de liaison de pédopsychiatrie est parfois difficile à trouver.

On peut citer deux modes d'interventions principaux : les interventions de première ligne, auprès des enfants sur la demande des médecins pédiatres, dont l'objectif est le diagnostic et la prise en charge thérapeutique. Et les interventions de seconde ligne, auprès des équipes des services, avec une mission de prévention, de dépistage, de réassurance et d'amélioration du confort de la prise en charge (Medjkane et al., 2010)(63)

Les intrications entre les problématiques somatiques, psychiques et sociales sont bien souvent à l'origine de la difficulté de la prise en charge de ces situations. Et le pédopsychiatre rencontre à la fois des enfants souffrant psychiquement de leur maladie somatique, somatisant leurs difficultés psychiques ou se présentant avec un motif de consultation d'emblée psychiatrique. Il est parfois difficile pour les pédiatres et les équipes de pédiatrie de

comprendre les symptômes présentés dès qu'ils sortent de leurs références liées à leur spécialité.

Le dialogue et la coopération entre les équipes est l'une des clés d'une prise en charge efficace des patients.

F) Le lien avec les partenaires

La prise en charge de l'enfant dans sa globalité passe par un travail en coopération avec toutes les personnes et structures intervenant autour de lui.

Le médecin traitant

Le médecin généraliste est placé au centre de la prise en charge du patient, dans un rôle de coordonnateur (acté par la réforme de l'assurance maladie en 2004). Le lien doit donc être privilégié dans une transparence et une transmission des informations relatives à la prise en charge.

Les partenaires libéraux

De nombreux praticiens libéraux peuvent intervenir dans les soins : pédopsychiatres, psychiatre, psychologues mais aussi fréquemment orthophonistes et psychomotriciens qui viennent compléter la prise en charge du secteur.

Les Maisons Départementales des Adolescents

A l'issue des travaux de la conférence de la famille en 2004, des Maisons des Adolescents ouvrent leurs portes. Elles répondent à la mouvance actuelle d'une prise en charge plus globale de l'adolescent. Leurs missions sont de proposer un accueil ouvert, facilitant l'accès aux soins dans une temporalité adéquate. Le dégagement des structures permet une consultation plus facile des adolescents et de leur famille. Certaines structures disposent

d'unités thérapeutiques et peuvent proposer des soins ponctuels ou une orientation vers les structures les plus adaptées à la problématique du jeune (Benoit et al., 2011)(64).

Les structures scolaires

Certains enfants, de par leurs troubles, nécessitent des adaptations scolaires. Interviennent alors des dispositifs d'accompagnement gradués en fonction des difficultés spécifiques. (RASED-Réseau d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficulté, CLIS-Classes d'Intégration Scolaire, AVS-Auxiliaires de Vie Scolaire).

En cas d'impossibilité de maintien dans le parcours scolaire classique, l'enfant peut être orienté vers des structures telles que les Instituts Médico-Educatifs (IME) qui prennent en charge les enfants présentant un handicap mental ou physique ; ou les Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP) accueillant des enfants et adolescents avec des troubles du comportement sans déficience ni pathologie psychotique.

Les Services d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD)

Ces structures sont constituée d'équipes pluridisciplinaires et ont pour vocation d'accompagner l'enfant dans tous ses lieux de vie (domicile mais également dans les lieux scolaires). Des soins médicaux spécialisés et des rééducations font également partie des missions des SESSAD.

Les Unités Territoriales de Prévention et d'Action Sociale (UTPAS) ou les Maisons de Solidarité Départementales (MDS)

Ces structures regroupent les services de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et les services de la Protection Maternelle et Infantile (PMI). L'ASE travaille avec les familles afin de restaurer les liens et assure la protection des enfants en cas de négligence ou maltraitance. Ils sont la première structure de lien lorsque les enfants sont placés en foyer d'enfant ou en famille d'accueil. Les services de la justice peuvent également être des partenaires dans ces situations (Juge des enfants, Procureur en cas d'urgence).

La PMI assure des missions de prévention, d'éducation à la santé et de surveillance de l'état de santé des enfants entre 0 et 6 ans. Elles ont également un rôle de dépistage précoce. (El Rhatri, 2011)(60).

III. URGENCES ET HOSPITALISATION EN PEDIATRIE

A) Les urgences pédiatriques

1) Les urgences : premier recours des adolescents

Les urgences représentent le premier lieu de contact avec le soin psychiatrique pour plus de 50 % des adolescents (Healy et al., 2002)(65).

Le recours aux urgences connaît une véritable inflation, même si elle tend à se ralentir depuis une dizaine d'année (Podlipski et al., 2014)(66) ; Chatagner et Raynaud, (2013)(67) ; Blondon et al. (2007)(68)). Cette inflation est également rapportée concernant les urgences pédiatriques par Leclerc et al. (1999) (69), Blondon et al. (2007) (68) et Alvin et al.(2002) (70). Chatagner et al. expliquent ce phénomène, non par une augmentation des troubles psychiatriques dit classiques (psychose, tentatives de suicides...), mais plutôt comme la multiplication de consultations en lien avec les pathologies de « l'agir » (troubles du

comportement dit externalisés...). Blondon et al. (2007) (68) confirment dans leur étude, qu'entre 1992 et 2002, le nombre de passages pour des troubles du comportement a augmenté d'un tiers en valeur absolue. Les auteurs mettent en lien cette augmentation avec l'accroissement de la file active. Ils évoquent également un accroissement important des demandes directes des familles : 23,5 % en 1992 et 55,4 % en 2002. Pour Blondon et al. (2007)(68) cette évolution pourrait être due aux campagnes d'information et de déstigmatisation de la psychiatrie.

Speranza et al., (2002)(24) rappellent que la fonction des consultations urgentes repose sur une évaluation dans l'immédiateté afin de pouvoir apporter un soulagement à la crise sans minimiser la complexité de la situation. L'évaluation comporte alors un bilan psychique et somatique pour préciser le motif de consultation et les possibles co-morbidités psychiatriques. Il est également tenu compte de l'environnement du jeune et des capacités de contenance de l'entourage.

2) Epidémiologie

La proportion d'adolescent « en souffrance » (consultant pour un motif psychiatrique ou psychologique) est estimée à 5 % dans une étude concernant six établissements de l'AP-HP (Gasquet et al., 1999) (71) et une étude à Nice (Velin et al., 2001)(72) , 7% dans une étude à Amiens (Boudailliez et al., 2001)(27) et jusqu'à 10 % dans une étude à Nantes (Barreau, 2010) (73). La proportion d'enfants tous âges confondus est moins étudiée. Une étude rouennaise retrouve le chiffre de 1% des consultations totales d'enfants et adolescents de moins de 16 ans ayant consulté aux urgences pédiatriques (Podlipiski et al., 2014) (66). Les auteurs ajoutent que les consultations sont plus nombreuses durant le temps scolaire que pendant les vacances.

Cette étude retrouve un sex-ratio de 0,45, les filles sont légèrement majoritaires. Ceci est confirmé par de nombreuses études (Fombonne, 2005 (74) ; Goldstein et Horwitz, 2006 (75) ; Healy et al., 2002 (65)).

Les adolescents [13-17 ans] représentent 83 % des consultations pour un motif psychiatrique aux urgences (Newton et al., 2009) (76). Ce chiffre est confirmé par une étude réalisée à Nice (Velin et al., 2001) (72).

Dans l'étude rouennaise, la demande de consultation émanait de la famille ou du jeune lui-même pour 51 % des cas. Le médecin traitant adressait l'enfant dans 19.7 % des cas, les pompiers et le SAMU dans 10,4 % des cas, l'école dans 6.2 % des demandes, l'Aide Sociale à l'Enfance dans 3.3 % des cas et 0,8 % des enfants étaient adressés par un psychiatre ou un psychologue de ville. (Podlipski et al., 2014)(66). Blondon et al. (2007)(68) retrouvent des chiffres similaires : 55,4 % pour la famille, 10,5 % pour les institutions scolaires ou éducatives, 2.5 % pour les services d'urgences, 12.4 % pour les psychiatres et psychologues.

Les auteurs rajoutent que les adolescents se présentant sont plus fréquemment suivi par un pédo/psychiatre ou psychologue qu'auparavant. Ils évoquent un taux de suivi de 33,6 % en 1992 contre 55,4 % en 2002).

3) Quels motifs de consultation aux urgences pédiatriques et aux urgences pédopsychiatriques

Kennedy et al. (2009)(77) mettent en évidence des différences de motif de recours aux soins selon le genre. Les auteurs retrouvent plus de comportements suicidaires, de symptômes dépressifs, de scarifications et de comportements sexualisés chez les filles. Les garçons présenteraient eux plus de troubles du comportement de type agressivité ou de symptômes psychotiques. Ces données sont corroborées par Podlipski et al., (2014) (66). Pour les auteurs, les tentatives de suicides représentent 32 % des consultations, ce qui constitue le

1^{er} rang des motifs de consultations pour les filles. Au contraire, chez les garçons les troubles du comportement sont le premier motif de consultation et représentent 28 %.

Lors d'une revue de littérature, Chatagner et Raynaud, (2013) (67) synthétisent les différents motifs de consultation des enfants et adolescents consultants en pédiatrie pour une problématique psychiatrique.

Tentative de suicide ou idées suicidaires

Pour cette catégorie, les auteurs retrouvent en France la notion de 12 % des consultations pour motif psychiatrique pour Blondon et al. (2007)(68) à 27,7 % pour Podlipki et al. (2014)(66). Aux Etats-Unis, ils répertorient 18.7 % pour Stewart et al., 26 % pour Sullivan et Rivera, et jusqu'à 39 % pour Santiago et al. (Chatagner et Raynaud, 2013)(67).

Un mémoire décrivant la population consultant sur l'unité ULU au CHRU de Lille (unité d'urgences pédopsychiatriques proposant des consultations sans rendez-vous et effectuant des consultations aux urgences pédiatriques Salengro du CHRU de Lille), El Rhatrif, (2011)(60) retrouve un chiffre de 36.1 %. Il rajoute que dans 48,3 % des cas le moyen utilisé était l'ingestion médicamenteuse volontaire.

Agitation, violence, troubles du comportement

Podlipki et al. (2014)(66) retrouvent un pourcentage 15,3 % pour les adolescents entre 12 et 18 ans consultants aux urgences pédiatriques.

Chatagner et Raynaud, (2013)(67) évoquent un chiffre de 28 % pour Blondon et al. (2007), de 37 % pour Edelshon et al, de 42 % pour Santiago et al et de 51 % pour Sullivan et Rivera. El Rhatrif (2011) retrouve 26,4 % à l'issue de son étude.

Symptômes anxieux

Les symptômes d'anxiété sont évalués à 10 % pour Blondon et al., (2007), 2 % pour Santiago et al., et 13 % pour Sullivan et Rivera (Chatagner et Raynaud (2013)(67)). Podlipski et al. (2014)(66) retrouvent un pourcentage 21,2 %.

Pour El Rhatrif (2011)(60) les symptômes d'anxiété représentent 10 %.

Symptômes dépressifs

Podlipski et al. (2014)(66) évoquent un chiffre de 11,7 % des adolescents consultants aux urgences pédiatriques.

Les symptômes dépressifs représentent 16 % pour Blondon et al., (2007), 5 % pour Santiago et al. et jusqu'à 31 % pour Sullivan et Rivera (Chatagner et Raynaud (2013)(67)). El Rhatrif (2011)(60) avance le chiffre de 6 %.

Symptômes psychotiques

Le pourcentage de consultation pour symptômes psychotiques est de 1,2 % pour Podlipski et al. (2014)(66), 6 % pour Blondon et al., (2007) et pour Santiago et al. Ce pourcentage passe à 21 % pour Sullivan et Rivera. (Chatagner et Raynaud (2013))(67). Les symptômes psychotiques ont une part de 4,5 % tous confondus et 2,6 % pour les hallucinations dans le travail d'El Rhatrif (2011)(60).

Prise de substance psycho-active (PA)

Ce pourcentage est très hétérogène dans la littérature : Blondon et al. (2007) évoquent un chiffre de 3 %, Podlipski et al. (2014)(66) de 6,3 %, Sullivan et Rivera de 15 %, Edelsohn et al. de 22 % et Stewart et al. de 47,8 %. (Chatagner et Raynaud (2013)(67)). El Rhatrif (2011)(60) retrouve un résultat comparable à Blondon et al., soit 2 %.

Troubles du comportement alimentaire

Les troubles du comportement alimentaire aux urgences représentent 6,6 % pour Podlipiski et al. (2014)(66) et 2 % pour El Rhatrif (2011)(60).

Séviées sexuels et/ou physiques

Concernant la venue aux urgences pour un motif relatif à des séviées sexuels et/ou physiques, Blondon et al. (2007)(68) évoquent le chiffre de 4% des motifs de consultation « psy » en 2002. Les auteurs rappellent que ce chiffre était de 1% en 1992. El Rhatrif (2011) (60) retrouve dans son étude le chiffre de 2 % et Podlipiski et al. (2014)(66) rapportent un chiffre de 1%.

Troubles du sommeil

Les troubles du sommeil aux urgences représentent 2 % pour El Rhatrif (2011)(60).

Plaintes somatiques

El Rhatrif (2014)(60) évalue la part les plaintes somatiques à 2% des motifs de consultation et Podlipiski et al. (2014)(66) rapportent que 2,9 % des adolescents présentent un trouble conversif comme motif d'admission.

Tableau 1 : Répartition des motifs de consultation adapté selon Chatagner et Raynaud, (2013)(67) et Podlipski et al.(2014) (66)

	TS / IS	Agitation	Sympt. Anxieux	Sympt. dépressifs	Sympt. Psychotiques	Prise Sub. PA	TCA	Séviées sexuels/ physiques	Tb. du sommeil	Plaintes Soma.
Podlipski et al.	27,7%	15,3 %	21,2 %	11,7 %	1,2 %	6,3 %		1 %		2,9 %
Blondon et al.	12 %	28 %	10 %	16 %	6 %	3 %		4 %		
Edelsohn et al.		37 %				22 %				
Santiago et al.	39 %	42 %	2 %	5 %	6 %					
Sullivan et Rivera	26 %	51 %	13 %	31 %	21 %	15 %				
Stewart et al.	18,7 %					47,8 %				
El Rhatriif	36,1 %	26,4 %	10 %	6 %	4,5 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %

4) Les diagnostics retenus après la consultation aux urgences pédiatriques et pédopsychiatriques.

Chatagner et Raynaud (2013)(67) répertorient les différents diagnostics retenus à l'issue de la consultation aux urgences selon les études de Blondon et al. en France ; Edelsohn et al., Santiago et al., Sullivan et Rivera, Stewart et al., Newton et al. aux Etats-Unis.

Dans l'étude d'El Rhatriif sur la population consultant à l'ULU, l'auteur évoque l'absence d'un diagnostic posé par les pédopsychiatres recevant l'enfant dans 93,7 %, ce qu'il met en lien avec la difficulté de poser un diagnostic précis dans le contexte de l'urgence.

Trouble de l'adaptation

Le diagnostic de trouble de l'adaptation est posé pour 3,9 % des enfants et adolescents consultant aux urgences pédiatriques pour un motif psychiatrique selon Stewart et al. Pour Edelsohn et al., ce taux est de 9%. Pour Santiago et al., il est de 14 % des consultations et pour Sullivan et Rivera de 17 %. (Chatagner et Raynaud, 2013)(67)

Trouble de l'humeur

Le diagnostic de trouble de l'humeur est retenu pour 16 % des patients pour Sullivan tandis que Rivera. Newton et al., évoquent un taux de 19,3 %. Santiago et al., retrouvent un taux de 22 %, Stewart et al. un taux de 28,1 % et Edelson et al. un taux de 33 %. Enfin, en France, Blondon et al. retiennent un taux de 36 % des enfants et adolescents consultant pour un motif psychiatrique aux urgences pédiatriques

Trouble anxieux

Ce diagnostic est retenu entre 8,9 % des cas (Stewart et al.) et 32,3 % des cas (Newton et al.) (Chatagner et Raynaud, 2013)(67).

Trouble psychotique

Ce diagnostic est retenu dans 2,3 % des cas selon l'étude de Newton et al.. Stewart et al. retrouvent un taux de 3,9 %, tandis que Edelson et al. évoquent un taux de 9 %. Pour Sullivan et Rivera ce taux est de 10 % et jusqu'à 13 % pour Santiago et al. (Chatagner et Raynaud, 2013)(67).

Trouble des conduites (TC) ou trouble oppositionnel avec provocation (TOP)

Le diagnostic de TC ou de TOP est posé pour 2 % des cas selon Stewart et al., pour 20 % selon Santiago et al., pour 24 % selon Sullivan et Rivera et pour 26 % pour Edelson et al.. Newton et al. retrouvent un taux de 31,6 % en associant les troubles des conduites dus à des abus de substance. (Chatagner et Raynaud, 2013)(67).

Trouble de la personnalité (état limite)

Seule l'étude de Stewart et al. propose ce diagnostic. Les auteurs retrouvent qu'un diagnostic de trouble de la personnalité a été posé pour 8,9 % des enfants et adolescents ayant consulté aux urgences pédiatriques pour un motif psychiatrique. (Chatagner et Raynaud, 2013)(67).

Tableau 2 : Répartition des diagnostics retenus après consultation aux urgences pédiatriques ou pédopsychiatrique, adapté selon Chatagner et Raynaud, (2013)(67).

	Trouble de l'adaptation	Trouble de l'humeur	Trouble anxieux	Trouble psychotique	Trouble des conduites/ TOP	Trouble de la personnalité (état limite)
Blondon et al.		36 %				
Edelsohn et al.	9 %	33 %		33 %	26 %	
Santiago et al.	14 %	22 %		22 %	20 %	
Sullivan et Rivera	17 %	16 %		16 %	24 %	
Stewart et al.	3,9 %	28,1 %	8,9 %	28,1 %	2 %	8,9 %
Newton et al.		19,3 %	32,3 %	19,3 %	31,6 %	

5) Quelles propositions de prise en charge

Les propositions de prise en charge aux urgences diffèrent selon le type de motif et selon l'organisation des structures du secteur. L'importance du bassin de population drainé par le centre de prise en charge est également à prendre en compte. Une même organisation ne sera pas envisageable dans un CHRU ou dans un hôpital périphérique.

Chaque centre à sa propre organisation. Certaines consultations urgentes se réalisent donc dans un SAU (Service d'Accueil des Urgences) pédiatrique disposant ou d'un pédopsychiatre d'astreinte ou de liaison, d'autre dans un SAU général et d'autres encore dans un service

de psychiatrie disposant d'urgences pédopsychiatriques dédiées. Nous proposons quelques exemples de prise en charge.

Le CHRU de Lille a mis en place en 2009 une unité de consultation d'urgence, située dans les locaux de psychiatrie. Il existe une astreinte en semaine de 9h à 18h30. Un infirmier, un interne et un sénior sont présents, et se déplacent dans les services de réanimation ou aux urgences pédiatriques afin de donner un avis pédopsychiatrique. L'unité dispose également d'un médecin référent de l'unité, de deux psychologues et d'un cadre de santé référent. Les patients peuvent également se présenter directement au centre de consultation.

A Paris (Speranza et al., 2002)(24), la fondation Vallée a créé depuis 1997 un service d'accueil et d'hospitalisation en urgence infanto-juvénile pour répondre à la circulaire du 11 décembre 1992, ayant trait à la capacité d'accueil institutionnel en urgence des jeunes, et au décret du 30 mai 1997 qui rappelait la nécessité de lien entre la psychiatrie et les urgences générales par la présence d'un psychiatre attaché au SAU. Ce service, en lien avec les urgences générales, propose une évaluation d'abord téléphonique de l'urgence pour une première orientation (réadressage sur le secteur prenant en charge l'enfant en cas de suivi antérieur, prise en charge somatique préalable, adressage sur d'autres services ou consultation immédiate). L'accueil dans le service peut se faire par différents professionnels tels que psychiatre, psychologues, infirmiers ou encore assistante sociale en fonction des motifs de recours aux soins. Une évaluation de la clinique présentée par l'enfant mais également des capacités de constance de l'environnement est primordiale. Enfin il est discuté de l'orientation après les urgences.

A Rouen en 2006 (Podlipski et al., 2014)(66), les jeunes sont accueillis aux urgences pédiatriques par les équipes de pédiatrie. Il n'y a pas de pédopsychiatre sur place assurant des consultations aux urgences.

6) Orientation à la sortie

Blondon et al. (2007)(68) reprennent dans leur étude les différentes orientations après la consultation aux urgences pédopsychiatriques.

Les auteurs retrouvent une indication d'hospitalisation immédiate dans 19,7 % des cas et différée par manque de place dans 1,6 % des cas. Un suivi ambulatoire est organisé dans 59,9 % des cas. Dans 1 % des cas l'enfant avait fugué avant l'orientation. Dans 15,9 % des cas un rendez-vous de suivi était donné. Les parents avaient refusé l'hospitalisation dans 1,9 % des cas.

Ferrari et Speranza (1999)(78) montrent dans leur étude, portée sur l'évaluation d'une unité d'accueil et d'orientation en urgence au CHU de Bicêtre, qu'une décision d'hospitalisation était portée dans 36 % des cas.

Dans l'étude de Podlipski et al., (2014)(66), où les urgences étaient prises en charge au SAU pédiatriques sans intervention immédiate d'un pédopsychiatre, il était retrouvé une orientation d'hospitalisation pour 69,7 % des cas.

El Rhatrif, (2011)(60) retrouve une orientation vers le secteur ambulatoire proposée pour 67,2 % des enfants consultants, vers une hospitalisation immédiate pour 21,7 % et différée pour 3,8 %. 24,6 % ont bénéficié d'une consultation post-crise.

B) L'hospitalisation en service de pédiatrie

1) But de l'hospitalisation en pédiatrie

Une décision d'hospitalisation doit tenir compte tant des avantages que des inconvénients de la séparation du milieu familial. Les avantages résident dans la possibilité d'apaiser des tensions entre l'adolescent et son entourage par une prise de distance et l'implication d'un tiers médiateur. Elle permet d'assurer une protection de l'enfant en cas d'intentionnalité suicidaire ou de passage à l'acte, ainsi qu'en cas de suspicion ou de maltraitance avérée. En cas de nécessité de traitement, le cadre hospitalier permet une instauration adéquate par la surveillance de l'efficacité et de la tolérance. Toutefois, le médecin peut être parfois placé dans une position difficile par la famille et prononcer l'hospitalisation peut donner une caution médicale à un possible rejet familial. (Speranza et al., 2002)(24)

L'hospitalisation en service de pédopsychiatrie (avant 16 ans) et en psychiatrie (après 16 ans) fait courir le risque d'un étiquetage psychiatrique des troubles présentés, qui peuvent n'être parfois que purement réactionnels. (Speranza et al., 2002)(24)

L'hospitalisation en pédiatrie permet donc de mettre en place la séparation nécessaire, d'instaurer les traitements ou de protéger l'enfant (ou l'adolescent) tout en évitant une « psychiatisation » des troubles.

Elle permet également de prendre en charge les enfants et adolescent nécessitant des soins somatiques (tentative de suicide nécessitant une surveillance rapprochée, dénutrition sévère dans le cas des troubles du comportement, pathologies somatiques chroniques, nécessité d'une exploration somatique).

Le cadre contenant permet également d'apporter apaisement au jeune par une régression étayée par les attitudes de nursing des soignants. Il permet à l'enfant de retrouver des repères fiables et rassurants.

Elle permet également une évaluation clinique plus précise afin de pouvoir ajuster la prise en charge à la sortie.

La durée de l'hospitalisation est le plus souvent courte (entre une à trois semaines).

(Speranza et al., 2002) (24)

L'objectif principal reste donc la restauration des liens ayant été possiblement mis à mal durant la crise, et instauré ou reprendre la continuité des soins. (Speranza et al., 2002) (24).

2) Le cadre de l'hospitalisation

La plupart des services de pédiatrie accueillant des enfants ou adolescent en souffrance psychique disposent de conventions avec les secteurs de pédopsychiatrie sous la forme le plus souvent d'un passage d'une équipe de liaison pédopsychiatrique (infirmière, psychologue, pédopsychiatre) afin d'assurer l'évaluation clinique, d'orienter les soins et d'organiser le projet de sortie.

Concernant le cadre de l'hospitalisation, (79) insiste sur la nécessité pour les adolescents, puisqu'ils sont majoritaires dans ce type de problématiques (Les adolescents [13-17 ans] représentent 83 % des consultations pour un motif psychiatrique aux urgences (Newton et al., 2009) (76)), d'avoir un espace dédié pour se retrouver entre adolescents. L'auteur rapporte que cet unité de lieu identifié leur permet de se sentir reconnus et a « une fonction protectrice et facilitatrice de la relation de soin ». ((79) évoque l'importance d'un lieu de repas et de détente commun aux adolescents. L'auteur disserte sur les liens de partage entre adolescents comme partie intégrante du soin, indépendamment de la pathologie.

Le contrat de soin apparaît essentiel dans la prise en charge par l'énoncé avec l'adolescent des objectifs de l'hospitalisation. Ces objectifs servent alors de base de travail pour l'adolescent et pour les équipes. (Stheneur, 2010)(79). Les règles de vie, inhérentes à toute socialisation, ont un effet contenant et rassurant, tant pour les adolescents que pour les équipes de pédiatrie (Stheneur, 2010)(79).

La possibilité d'être en continuité avec le scolaire par des temps dirigés par soit un membre détaché de l'éducation nationale soit par une association telle que « L'école à l'hôpital » reste essentielle. (Stheneur, 2010)(79).

De plus en plus d'articles (Stheneur, 2010)(79), Alvin et al., (2002) (70), Ferrari et Speranza, (1999)(78), de Tournemire et al., (2016) (80)... évoquent la nécessité d'une prise en charge globale de l'adolescent et donc de la nécessité de création d'unités d'adolescents mêlant le somatique et les troubles psychiatriques/psychologiques ne relevant pas d'une hospitalisation en service de pédopsychiatrie. Alvin cité par de Kernier et al. (2010)(81) affirme que « la bonne médecine sera toujours identifiée comme celle capable de s'occuper, dans le même mouvement, des cœurs autant que des corps ».

3) Les soins proposés

Il existe peu de d'évaluation, dans la littérature, de la prise en charge des enfants présentant une problématique psychiatrique hospitalisés en pédiatrie.

Les soins résident essentiellement dans des consultations avec l'équipe de liaison pédopsychiatrique ou dans la présence d'un psychologue attaché au service. Des consultations avec l'enfant ainsi qu'avec sa famille sont réalisées afin de travailler les liens et mettre en mots les troubles. La pluridisciplinarité des soins et la coordination entre les différents intervenants assurent leur qualité (de Kernier et al., 2010) (81).

L'hospitalisation est également le temps de la création ou réactivation d'un réseau autour du jeune constitué des médecins (pédiatres, pédopsychiatre de liaison et du secteur, des services d'aide sociale à l'enfance et services juridiques si nécessaire, en lien bien sûr avec les parents, pour mettre en place ou réactualisé un projet de soin en dehors de l'urgence. (Speranza et al., 2002) (24). Cette articulation étroite avec les intervenants en amont et en aval de la situation de crise permettra de « réinscrire la situation d'urgence dans une expérience de continuité ». (Ferrari et Speranza, 1999)(78).

Certaines unités réalisent de manière systématique des tests projectifs (TAT et Rorschach) pour les adolescents ayant réalisé un geste suicidaire ou présentant des idées suicidaires. Ces tests, outre leur valeur diagnostique, permettent la projection des mouvements destructeurs et une mise en forme des éprouvés archaïques. (de Kernier et al., 2010) (81)

Des unités d'accueil et d'urgence de pédopsychiatrie (Ferrari et Speranza, (1999)(78) ou des unités d'hospitalisation de courte durée, à l'initiative locale, se créées afin d'établir un pont entre la prise en charge en pédiatrie et l'hospitalisation en unité de psychiatrie infanto-juvénile.

4) « L'après »

Il existe peu de données dans la littérature concernant les récurrences après une hospitalisation en pédiatrie.

Les recommandations des 19 et 20 octobre 2000 de la Haute Autorité de Santé (HAS) (82) évoquent la nécessité de renforcer la prévention secondaire de la crise suicidaire chez l'adolescent. Toutefois Healy et al., (2002)(65) met en évidence qu'au décours de la consultation aux urgences 80 % des adolescents seront pris en charge par la psychiatrie. Toutefois, après trois mois, le suivi ne sera effectif que pour 50 % de ceux ayant fait une tentative de suicide et 27 % de ceux venus pour un autre motif.

Par ailleurs, des liens de qualité avec les services d'aide sociale à l'enfance (ASE) sont primordiaux de par la fréquence des enfants et adolescents pris en charge par leurs services (22,7 % à 43 %) (Chatagner et Raynaud, 2013)(67). Les auteurs évoquent la possibilité du défaut de lien entre les institutions sanitaires et socio-éducatives, expliquant en partie le recours aux urgences particulièrement important des jeunes suivis par l'ASE. Ils préconisent un travail partenarial en amont. Des réseaux se mettent en place progressivement (le « Derpad » en région parisienne, Le « Résados 82 » à Montauban, le réseau adolescent partenariat 31 à Toulouse). Ces réseaux pluri-professionnels travaillent sur et avec l'environnement des jeunes. Leur but est d'apporter cohérence et continuité à ces adolescents déjà particulièrement touchés par les ruptures. (Chatagner et Raynaud, 2013)(67).

METHODOLOGIE : MATERIEL ET METHODE

I. CONTEXTE

A) Constat

Dans le cadre de la validation de mon Diplôme d'Etudes Supérieures Complémentaires de Pédopsychiatrie, j'ai réalisé un stage dans le service de pédiatrie générale de l'Hôpital de Boulogne-Sur-Mer. Lors de ce stage, j'ai pu faire l'expérience de la prise en charge des enfants et adolescents présentant une problématique psychiatrique du point de vue des pédiatres. Mais aussi, découvrir les modalités de prise en charge à l'hôpital (le contexte des urgences, le protocole adolescent mis en place dans le service...), le travail multidisciplinaire (articulations entre équipe pédiatrique, psychologue du service et pédopsychiatrie), les orientations proposées à la sortie. Dans la littérature, on peut constater différentes approches de la prise en charge de ces enfants. Il est fait état de service de pédiatrie générale sans lits identifiés avec des passages ponctuels d'un pédopsychiatre de liaison jusqu'à des services de médecine adolescente ou encore des hôpitaux de jour psychiatriques accolés à la pédiatrie. Toutefois il existe peu d'articles décrivant cette population et les prises en charge en détail.

J'ai pu également noter que l'équipe de pédiatrie semble avoir l'impression qu'une part importante de son activité est en lien avec les enfants et les adolescents pris en charge pour un motif psychiatrique. Mais qu'en est-il dans la réalité?

B) Objectifs

L'objectif principal de cette étude est donc de décrire la population des enfants de moins de 16 ans présentant une problématique psychiatrique prise en charge par les services de pédiatrie, dans le cadre d'une analyse des pratiques.

Les objectifs secondaires sont de mettre en relation la part de la population concernée avec le vécu de l'équipe

II. MATERIEL ET METHODE

A) Présentation du centre hospitalier

Le Centre Hospitalier de Boulogne sur Mer (CHB) est le centre de référence médicale pour un bassin de population évalué à 162 043 habitants (INSEE, 2010). Les capacités d'accueil sont de 621 lits d'hospitalisation. Le nombre de passages aux urgences (toutes confondues) du CHB en 2016 est estimé à 53 167 soit 145 passages par jour.

1) Les urgences pédiatriques

Les urgences pédiatriques prennent en charge les enfants entre 0 et 15 ans 3 mois se présentant pour une problématique médicale. Les motifs de consultation d'ordre traumatologique ou chirurgical sont pris en charge dans le service des urgences générales. Concernant les motifs de consultation psychiatrique, les enfants sont pris en charge aux urgences pédiatriques jusqu'à l'âge de 16 ans. A partir de 16 ans, ils dépendent du service de psychiatrie adulte.

2) Le service d'hospitalisation

Le service de pédiatrie générale prend en charge les enfants au-delà de 1 mois de vie. Il dispose de 13 lits pour le secteur « grands » et 14 lits pour le secteur « petits ». La répartition des enfants se fait en fonction de l'acquisition ou non de la propreté. Il existe en plus 4 lits de soins continus, 1 lit de réanimation et 1 lit en cas de nécessité de précaution d'hygiène.

Il existe également 6 lits d'hospitalisation de jour ou d'hospitalisation de courte durée.

L'équipe médicale est constituée de 5 praticiens hospitaliers et de 2 assistantes à temps partagé en alternance sur un temps plein.

3) La convention entre pédiatrie-pédopsychiatrie

Historiquement le service de pédopsychiatrie sur le secteur bouloonnais dépend de l'EPSM de Camiers, l'Institut Départemental Albert Calmette (IDAC). Il existe donc une convention entre le CHB et l'IDAC. C'est dans ce cadre qu'intervient le pédopsychiatre de liaison. En cas de doute diagnostique ou de nécessité de conduite à tenir adaptée, les pédiatres peuvent faire appel à un médecin pédopsychiatre de l'IDAC qui se déplacera en pédiatrie.

Dans cet objectif de soins conjoints, un protocole d'hospitalisation a été mis en place, initié par les équipes de pédiatrie et de pédopsychiatrie.

4) Hospitalisation des enfants et adolescents pour un motif psychiatrique

L'intérêt d'un tel protocole est de proposer un cadre d'hospitalisation stable et cohérent pour les adolescents. Le document, remis à l'entrée, est expliqué à l'adolescent et aux parents. Leur accord est recueilli. Ce document permet de créer avec l'adolescent un contrat de soin afin de le rendre acteur de sa prise en charge, ainsi que permettre une cohérence dans les propos tenus par l'équipe concernant le cadre de l'hospitalisation. Il précise le cadre de l'hospitalisation (horaires de lever/coucher/repas/visites, obligation d'assister à l'école à l'hôpital et aux activités créatives si l'état médical le permet, les droits et les devoirs de l'adolescent lors de l'hospitalisation). Ce protocole est joint annexe 1.

Lors de l'hospitalisation, les enfants et adolescents peuvent rencontrer la psychologue du service de pédiatrie qui propose le plus souvent une première orientation diagnostique, pouvant être complétée par une consultation pédopsychiatrique.

Les enfants et adolescents suicidants, c'est-à-dire les patients ayant tenté de se suicider, bénéficient systématiquement d'une consultation dans le cadre de la pédopsychiatrie de liaison afin d'évaluer le risque suicidaire. Il leur est proposé depuis janvier 2017, à la suite de la consultation, l'inclusion dans un protocole de veille sanitaire : le protocole VIGILANS, mis en place par le CHRU de Lille. Le but est de proposer d'une part un recontact à distance par l'envoi d'un formulaire résumant les coordonnées du patient, les informations relatives au geste et la prise en charge proposée. D'autre part, il donne aux patients un accès téléphonique immédiat à des professionnels de la santé mentale (carte délivrée à la sortie). L'objectif est de diminuer les récurrences suicidaires. L'efficacité de ce protocole est reconnue pour les adultes, il existe donc une extension du champ d'action pour les enfants et adolescents ayant fait un geste suicidaire.

B) Population étudiée

Dans un souci de précision dans la description de la prise en charge des enfants présentant une problématique psychiatrique en pédiatrie, nous nous sommes intéressés à tous les enfants entre 1 mois et 15 ans révolus pris en charge par la pédiatrie générale. Soit les enfants venus aux urgences pédiatriques et les enfants hospitalisés dans le service. L'hospitalisation peut être effectuée soit à la suite d'un passage aux urgences pédiatriques, soit après une consultation pédiatrique ou psychologique, soit programmée par un pédiatre ou un pédopsychiatre.

C) Période étudiée

Ayant réalisé un stage de pédiatrie sur la période de novembre 2016 à mai 2017 et pris en charge certains des enfants et adolescents hospitalisés pour des motifs psychiatriques, il m'a paru opportun de réaliser cette étude sur une période d'un an, du 1^{er} janvier au 31 décembre

2016, afin de fiabiliser les résultats en accroissant l'échantillon et de limiter les biais de sélection dus à un facteur saisonnier.

D) Type d'étude

L'objectif principal de cette étude étant essentiellement descriptif, nous avons décidé de réaliser une étude descriptive observationnelle (non interventionnelle) et rétrospective à partir d'étude de dossiers.

E) Recueil des données

Les données ont été collectées via deux approches afin d'être au plus près de la réalité. Dans un premier temps, nous avons listé tous les patients consignés dans le registre tenu par l'infirmière des urgences pédiatriques. Ce registre comporte la date du jour, le nom, le prénom, la date de naissance, le motif d'admission aux urgences et l'orientation à la sortie. Dans un second temps, nous avons repris, avec l'aide du médecin DIM l'ensemble des patients de moins de 16 ans s'étant présentés aux urgences pour un motif psychiatrique. Pour cela nous avons procédé en utilisant les codes CIM-10.

Les codes CIM-10 étaient les suivants :

-F90 à F98 : Troubles du comportement et trouble émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou l'adolescence.

-F80 à F89 : Troubles du développement psychologique

-F10 à F19 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substance psychoactives

-F40 à F48 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes.

-F30-F39 : Troubles de l'humeur [affectifs]

-F51 : Troubles du sommeil non organiques

-F50 : Trouble de l'alimentation, non organique

Les deux listes ont été ensuite confrontées pour établir la liste définitive des admissions aux urgences.

La liste des hospitalisés a été établie à partir des diagnostics cités précédemment et vérifiée par la confrontation à la liste des hospitalisés via les urgences issue du registre de l'infirmière.

Dans un second temps, nous avons extrait des courriers de sortie de chaque enfant les informations relatives à la prise en charge lors de l'hospitalisation et à la sortie, ainsi que la présence d'un suivi antérieur ou non et la personne adressant l'enfant.

Les critères annexes recherchés étaient la date d'entrée et de sortie, la date de naissance, le sexe.

Les données ont été anonymisées via un code alphanumérique afin de respecter les critères réglementaires d'anonymisation nécessaire à la constitution d'un fichier à caractère médical.

F) Analyse des données

Les données ont été analysées après anonymisation des patients à l'aide d'un code alphanumérique. Le traitement des données a été réalisé à l'aide du logiciel MS-Excel 2013.

G) Accord CNIL

Pour cette étude non interventionnelle, nous avons déclaré la réalisation de ce travail auprès de la cellule CIL (Conformité Informatique et Liberté) de l'établissement. Les documents en lien avec l'autorisation d'utilisation des données sont consignés en annexe 2.

RESULTATS

I. LES URGENCES

A) Description de la population

En 2016, 14 907 passages pour des enfants de moins de 16 ans ont été recensés par le service des urgences de l'hôpital de Boulogne-Sur-Mer. Ce chiffre est issu du registre tenu par l'infirmière d'accueil des urgences générales qui tient trace de toute entrée. 7999 enfants (épisodes) ont ensuite été orientés vers les urgences pédiatriques pour un motif d'admission médical ou psychiatrique. Les 6908 enfants (épisodes) s'étant présentés pour des motifs traumatiques ou chirurgicaux étaient pris en charge par le service des urgences adultes.

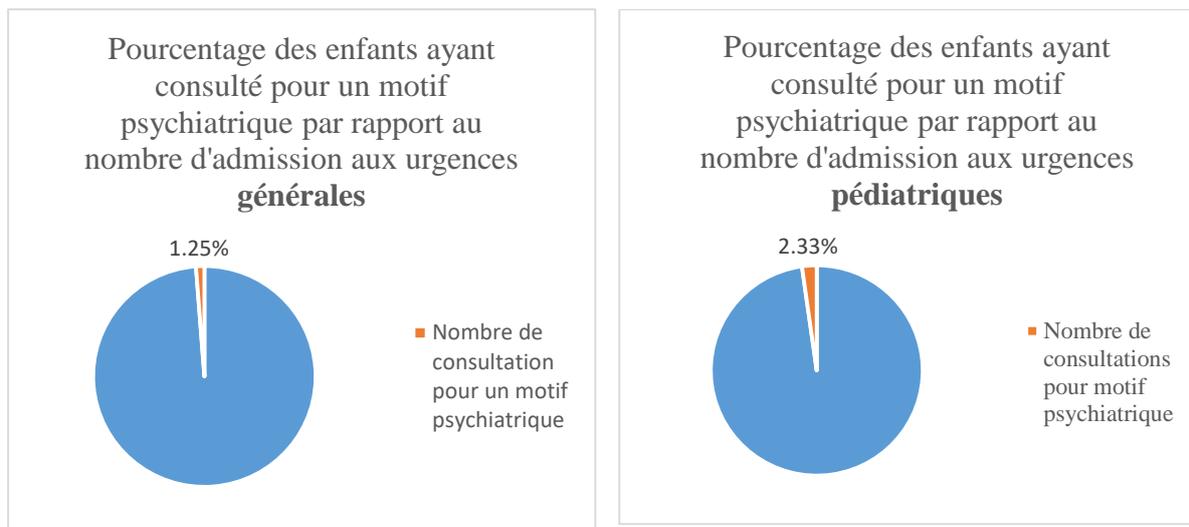
Après confrontation de la liste de patients issue du DIM et celle issue du registre des urgences pédiatriques, il apparaît que 159 enfants ont été admis en 2016 pour un motif psychiatrique, se répartissant en 186 épisodes aux urgences pédiatriques. On entend par épisode un passage aux urgences par opposition au nombre de patient qui ne prend pas en compte les consultations multiples aux urgences pour des motifs comparables.

Le pourcentage de patient de moins de 16 ans ayant été admis pour un motif psychiatrique tous services d'urgences confondu est de 1,25 %. En restreignant aux urgences pédiatriques, donc en excluant les motifs traumatiques et chirurgicaux, ce taux est de 2,33 %. Ce ratio est présenté dans la figure 1.

143 patients ont été pris en charge 1 fois aux urgences pour un motif psychiatrique, 14 ont présentés 2 passages aux urgences et 2 ont présentés plus de 2 passages (3 et 12 passages). Nous constatons donc un taux de reconsultation dans l'année de 10 %.

Sur les 186 épisodes, on dénombre 63 garçons et 123 filles. Le sex-ratio H/F est de 0.51.

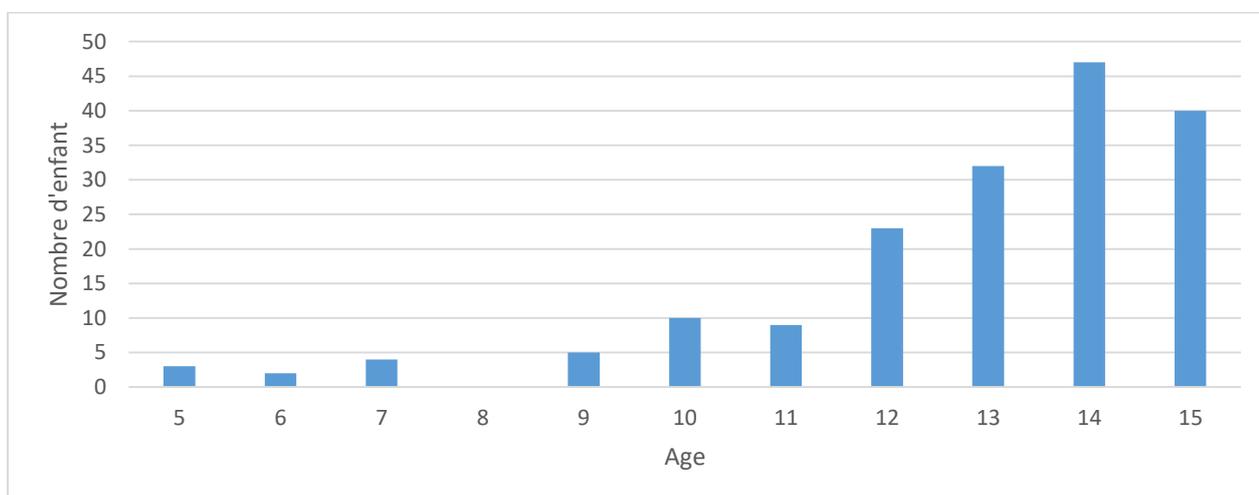
FIGURE 1 :



L'âge moyen des enfants accueillis aux urgences est de 12,9 ans et l'âge médian est de 14 ans. La répartition par âge des enfants est reproduite dans la figure 2. La tranche 12-15 ans compte 142 épisodes soit 76 % des consultations.

Au premier quadrimestre 2016, on dénombre 66 consultations pour un motif psychiatrique. On répertorie 49 consultations au second et 71 au troisième, respectivement 35,5 %, 26,4 % et 38,1 %.

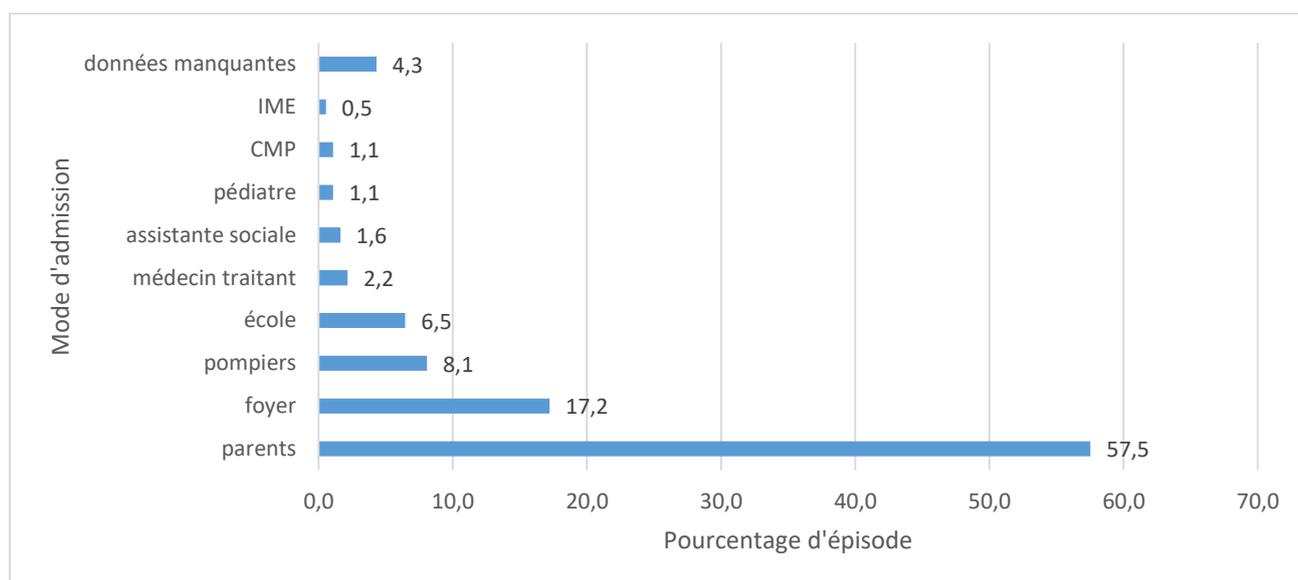
FIGURE 2 : Histogramme décrivant la répartition des enfants consultants aux pédiatriques pour un motif psychiatrique en fonction de leur âge.



B) Personnes à l'initiative de l'entrée aux urgences

Les enfants et adolescents entrent en soins adressés par diverses personnes : les personnes s'occupant de l'enfant au quotidien (la famille pour 57,5 % et les éducateurs des foyers pour 17,2 %), celles prenant en charge l'enfant à l'école (infirmière scolaire pour 6,5 % et assistante sociale pour 1,6 %) et les médecins intervenant dans la prise en charge (le pédiatre pour 1,1 %, le médecin traitant dans 2,2 % et le pédopsychiatre dans 1,1 %). Ces données sont résumées dans la figure 3

FIGURE 3 : Mode d'admission aux urgences



C) Les motifs d'admission aux urgences

Pour chaque enfant, le motif d'admission noté dans le cahier d'admission de l'infirmière d'accueil a été inclus dans une catégorie. Les catégories ont été construites ainsi :

1) Anxiété

On admet dans cette catégorie tous les motifs liés à des manifestations anxieuses. Sont retrouvés les termes « angoisse », « attaque de panique », « crise d'angoisse », « angoisse de séparation de l'enfant » et « TOC » dans le registre infirmier. Nous ajoutons également

les motifs tels que « palpitations », « asthme/angoisse », « spasmophilie », « malaise/angoisse ». On compte dans cette catégorie 65 épisodes soit 39.95 % du nombre total d'enfant ayant consulté pour une problématique psychiatrique aux urgences pédiatriques. Le sex-ratio est de 5 filles pour 1 garçon.

Exemple clinique : *Nous avons rencontré Marina âgée de 15 ans amenée par les pompiers pour « crise d'angoisse » survenue à l'école. Marina a présenté une oppression thoracique avec difficultés à respirer alors qu'elle attendait dans une file d'élève pour aller à la cantine. Elle décrit avoir ressenti la peur intense d'être écrasée par les autres élèves et s'est sentie incapable de bouger pour autant, ce qui a contribué à augmenter son angoisse. Ses amis témoins de son malaise ont rapidement alerté les surveillants qui ont emmené Marina à l'écart. La crise persistant, l'infirmière scolaire a fait appel aux pompiers.*

A l'arrivée des pompiers, Marina est consciente mais est crispée, tremble et respire difficilement. Malgré réassurance, Marina présente toujours une respiration laborieuse et les pompiers décident de la conduire aux urgences. Marina présentant comme antécédents un asthme.

En arrivant aux urgences la respiration s'est normalisée, Marina est calme et consciente. A l'examen clinique il n'est retrouvé aucun élément clinique en faveur d'une crise d'asthme. La symptomatologie, le contexte d'apparition et la régression spontanée oriente vers une attaque de panique. A l'interrogatoire, Marina apparaît comme une jeune fille perfectionniste et peu sûre d'elle, présentant un retard fréquent à l'endormissement en lien avec des ruminations anxieuses centrées sur l'école. Elle décrit deux autres crises similaires de régression spontanée rapide au cours des 6

mois précédents : l'une au domicile survenue au réveil et l'autre survenue dans un centre commercial.

Nous posons le diagnostic d'attaque de panique sous-tendue par une agoraphobie.

Nous expliquons à Marina et à sa maman l'ayant rejoint, la conduite à tenir en cas de récurrence. Nous proposons également une prise en charge sur la Maison des Adolescents et notamment de la relaxation.

2) Tentative d'autolyse

Sont regroupées dans cette catégorie, toutes les tentatives d'autolyses désignées à l'admission, quel que soit les moyens utilisés. Les termes utilisés dans le registre sont « TA », « TS », « phlébotomie ». On dénombre 30 épisodes soit 16,13 % du nombre total d'enfant ayant consulté pour une problématique psychiatrique. Le sex-ratio est de 3.4 filles pour 1 garçon. Les moyens utilisés par les filles sont à 13 % « phlébotomie » et 87 % « ingestion volontaire médicamenteuse ». Les moyens utilisés par les garçons sont à 43 % « strangulation », 43 % « ingestion volontaire médicamenteuse » et 13 % « défenestration ». Au total, les ingestions médicamenteuses volontaires concernent 80 % des tentatives de suicides (24 épisodes). 6% des adolescents ayant fait une TS récidiveront dans l'année et 10 % consulteront pour un autre motif (scarifications dans les trois cas).

Exemple clinique : *Sophie, 13 ans, est amenée aux urgences vers 23h par les pompiers pour intoxication médicamenteuse volontaire. A son arrivée, Sophie est consciente, orientée et mais mutique. Sa mère nous explique avoir surpris sa fille pleurant dans sa chambre entourée de plaquettes vides de divers médicaments. Nous réussissons avec l'aide de la maman à connaître le nombre approximatif des cachets ingérés : 30 comprimés d'ibuprofène 200 mg (anti-inflammatoire non stéroïdien), 15 comprimés de Lopéramide 2mg (anti-diarrhéique) et 7 comprimés de paracétamol 500*

mg (antalgique). Nous réalisons rapidement un examen clinique afin d'évaluer le retentissement clinique immédiat. L'examen se révèle normal. Après appel au centre anti-poison de Lille, nous procédons à l'administration de charbon et une hospitalisation en Unité de Soins Continu pour surveillance de la fonction rénale est décidée. Sophie reste mutique, refuse d'expliquer son geste. L'examen psychiatrique sera réalisé le lendemain dans le service d'hospitalisation, un avis pédopsychiatrique sera demandé.

3) Troubles du comportement

Cette catégorie reprend les termes « agitation », « troubles du comportement », « violence/trouble du comportement », « hétéro agressivité », ce qui correspond à 28 épisodes soit 15,05 % du total. Le sex-ratio est de 13 garçons pour 1 fille.

Exemple clinique : Nous rencontrons Lina, 15 et 3 mois, dans le service des urgences pédiatriques. On note que c'est le troisième passage aux urgences en cinq jours. Le premier passage faisait suite à un coup de poing donné dans un mur sur frustration et le second pour des crises clastiques avec mises en danger d'elle-même et d'autrui ainsi qu'une amnésie des crises. C'est pour ce même motif qu'elle se représente aux urgences.

Lina est une jeune fille hébergée en foyer depuis quelques mois. Elle était auparavant gardée par sa grand-mère, qui a présenté récemment des problèmes somatiques mettant en difficulté l'accueil. Lina est la seule enfant d'un couple parental s'étant séparé avant sa naissance.. Lina a été élevée par sa mère et son beau-père avec ses deux demi-sœurs. Lina est ensuite confiée à la garde de sa grand-mère pendant quatre en raison des difficultés relationnelles avec sa mère et surtout son beau-père. Sur le plan scolaire Lina est en 3^e en alternance commerce et cela semble lui convenir.

Toutes les informations seront énoncées par l'éducatrice devant Lina qui semble à ce moment-là fatiguée et absente, elle nous dit seulement ne pas vouloir nous expliquer sa vie « encore une fois ».

Lors de cette consultation aux urgences, Lina est calme mais reste sur le qui-vive et est facilement irritable. L'examen somatique, et en particulier neurologique, réalisé s'avère normal. Une nouvelle crise, atténuée selon l'éducatrice, a lieu aux urgences. Lina s'agite sur le brancard, les insultes proférées ne semblent pas dirigées vers les adultes. Lina s'agite 3 à 4 minutes, est rassurée par son éducatrice et fini par s'apaiser. Lina semble désorientée, ne se souvient pas nous avoir parlé quelques minutes auparavant. Il n'est pas constaté de perte de connaissance mais une perte du contact quelques minutes. Il n'est pas noté de mouvements anormaux.

A l'interrogatoire, il est retrouvé une tentative de suicide d'une de ses amies quelques jours auparavant au foyer. Lina maintient qu'elle va bien si ce n'est des cauchemars persistants induisant une fatigue importante depuis plusieurs jours. Lina présente une amnésie des crises précédentes. Il est proposé une hospitalisation pour observation et réalisation d'un bilan complémentaire afin d'éliminer une épilepsie, un processus intracrânien, une encéphalite à NMDA ou toute autre trouble neurologique ou infectieux. Lina refuse toute hospitalisation et s'agite, insulte les adultes.

Il est proposé de réaliser le bilan sanguin et l'électrocardiogramme (ECG) aux urgences, ce que Lina accepte, ainsi qu'une IRM cérébrale qui est faite deux heures plus tard. L'électro-encéphalogramme (EEG) est programmé le lendemain matin. Un retour au domicile avec traitement par CYAMEMAZINE (TERCIAN®, traitement sédatif, 15 gouttes en cas d'agitation) est décidé avec rendez-vous post-crise dès le lendemain pour réévaluation du traitement avec les résultats de l'EEG.

Le lendemain Lina semble plus accessible à la discussion et évoque des troubles de l'endormissement et des cauchemars très fréquents dont elle ne se souvient pas. Il est constaté une irritabilité importante et une méfiance envers l'adulte. Le plan thymique est difficilement explorable compte tenu de cette méfiance. Lina souhaite que l'on lui explique tout, et en particulier les traitements, mais il est constaté des difficultés de concentration. La situation reste compliquée au foyer, Lina ayant refait deux crises d'agitation avec amnésie postcritique. L'éducatrice nous explique que les cauchemars de Lina peuvent être en lien avec une maltraitance vécue dans l'enfance par Lina. Nous nous posons la question de troubles du comportement dans le cadre d'un psycho traumatisme. Lina fini par accepter une hospitalisation de 48h pour observation des troubles du comportement.

4) Scarifications

Nous incluons dans cette catégorie les termes de « scarification » et « automutilation ». On note 20 épisodes correspondants à 10,75 % du total. Le sex-ratio est de 9 filles pour un garçon.

Exemple clinique : *La jeune Léa, 15 ans, est amenée aux urgences par une éducatrice du foyer d'accueil pour scarifications. Léa est une jeune fille bien connue du service et a été déjà hospitalisée 5 fois en 2016 pour menace suicidaire, scarification ou anorexie. Cet épisode est le 10^e passage aux urgences depuis janvier 2016. Léa est la 2^e enfant d'une fratrie de 2. Le couple parental s'est séparé dans la petite enfance d'Léa. Une garde alternée avait été mise en place mais arrêtée lors de faits de maltraitance de la part de la compagne du père. Actuellement Léa n'a plus aucun contact avec son père malgré des visites autorisées. Devant des difficultés importantes au domicile liées à la fragilité émotionnelle de la mère et aux multiples*

menaces suicidaires d’Léa, il est proposé un placement en foyer. Il persiste des visites chez la mère et chez le frère aîné.

Léa est une jeune fille impulsive, peu dans l’élaboration de sa souffrance et présentant des angoisses d’abandon importantes. Elle présente un mode de relation à l’autre anaclitique.

Le jour de la consultation aux urgences, Léa présente de multiples plaies des deux avant-bras peu profondes réalisées avec une lame de rasoir. Léa est dans un premier temps mutique, ne nous regarde pas et répond à nos questions par des moues ou des haussements d’épaule. L’éducatrice nous explique qu’Léa est rentrée d’une permission chez sa mère et qu’elle semblait fermée. Après contact avec la mère, l’éducatrice apprend qu’elles ont eu une dispute au sujet du papa et de sa belle-mère et qu’Léa s’est montrée très violente verbalement. Nous proposons de réaliser d’abord un examen clinique standard et la prise en charge des plaies.

Au fil de la consultation, Léa se détend et pourra nous dire qu’elle ne savait pas comment gérer sa frustration et sa colère envers sa belle-mère autrement que par s’infliger une souffrance physique. Ce mode d’action est habituel chez Léa qui présente de nombreuses cicatrices sur les bras. Léa est suivie depuis plusieurs mois par la psychologue du foyer et il existe également une prise en charge en hospitalisations séquentielles sur le secteur de pédopsychiatrie, la prochaine hospitalisation étant prévue la semaine suivante.

Dans ce contexte, nous posons le diagnostic de trouble émotionnel de l’enfance et de l’adolescence. Compte tenu du caractère impulsif du geste et de l’apaisement constaté aux urgences ainsi que de l’hospitalisation programmée, nous décidons d’un retour à domicile avec contact des partenaires pour information du passage aux urgences.

5) Idées suicidaires

Nous regroupons dans cette catégorie les motifs : « idées suicidaires », « menace suicidaire », « menace de TA », « idées noires ». On dénombre 16 épisodes soit 8,60 % du total. Le sex-ratio est de 4.3 filles pour un garçon.

Exemple clinique : *Mario, 13 ans, est accompagné par sa mère aux urgences sur indication de l'infirmière du collège car Mario aurait verbalisé des idées suicidaires.*

Mario est le second d'une fratrie de deux garçons, son frère est âgé de 16 ans. Ils vivent tous les deux au domicile de leur mère avec des visites chez le père fréquentes (lieux d'habitation proches). Le divorce des parents date de 4 ans et ni Monsieur ni Madame n'ont refait leur vie. Mario est en classe de 5^e ordinaire et est scolairement très compétent. Sur le plan de l'étayage amical, Mario a plusieurs amis avec lesquels il pratique des activités extrascolaires. Mario pratiquait notamment le basket en club mais il a arrêté depuis quelques semaines. On note dans les antécédents familiaux que Madame présente un cancer thyroïdien actuellement en rémission pour lequel elle bénéficie d'un suivi rapproché.

Mario a bénéficié d'une consultation à la Maison des Ados et un suivi psychologique est initié. Il est également prévu qu'il puisse assister à un groupe de relaxation au le mois de juin.

Mario se présente comme un enfant assez inhibé, très figé corporellement, se tournant vers sa mère à chaque question et ayant du mal à soutenir le regard. La maman nous expliquera les difficultés présentées par Mario. Depuis plusieurs semaines, elle a constaté que Mario semblait plus fatigué que d'ordinaire et avait des difficultés à se lever le matin pour aller au collège. La maman notait une tristesse et des pleurs plus fréquents ainsi qu'un désinvestissement pour le sport et un retrait social. Mario admet

qu'il n'a plus envie de faire quoi que ce soit depuis quelques semaines et en particulier qu'il n'a plus envie d'aller à l'école. Madame a été interpellée plusieurs fois par l'infirmière du collège car Mario verbalisait de l'angoisse à aller en classe et se mettait à pleurer à l'entrée de la classe. Mario maintient qu'il n'y a pas de difficultés avec ses pairs ni les professeurs, qu'il a peur d'aller en classe sans réellement savoir pourquoi. Il n'est toutefois pas noté de chute des notes. Sur le plan familial il est retrouvé une relation très fusionnelle entre Madame et Mario. Mario peut fréquemment dormir avec sa mère sans que cela soit toujours à son initiative et beaucoup d'activités sont réalisées à deux. Il semble que le père soit peu présent et qu'il y ait peu de liens. On note qu'il n'y a que peu de processus adolescent de séparation des figures d'attachement dans le comportement. Il est évoqué également l'inquiétude de Mario face à la maladie de sa mère. Madame insiste sur la rémission mais Mario semble avoir du mal à le croire et on remarque une vive inquiétude à l'évocation de cela.

En entretien il est noté une tristesse de l'humeur, une anxiété importante face aux apprentissages scolaires, des idées suicidaires non scénarisées et non actées fréquentes depuis une semaine lors de moments d'anxiété à l'école. On retrouve à l'interrogatoire des difficultés de projection dans l'avenir, une asthénie, une anhédonie, des difficultés d'endormissement et un retrait social. Mario semble cependant avoir une bonne estime de lui-même et a de bonnes capacités d'élaboration. Mario est en demande de prise en charge, nous proposons donc une hospitalisation de cinq jours pour mise à l'abri, observation des symptômes et acter une séparation mère-fils. On notera que la proposition d'hospitalisation est plus facilement acceptée de la part de Mario que de sa mère qui se met à pleurer.

6) Toxiques

Cette catégorie regroupe toutes les intoxications aiguës volontaires, à l'exclusion des tentatives d'autolyse médicamenteuses. On rassemble les termes « alcoolisation », « prise de stupéfiant », « prise ecstasy et cannabis » et « intoxication au cannabis », ce qui correspond à 8 épisodes soit 4,30 %. Le sex-ratio est de 3 garçons pour une fille.

Exemple clinique : Sarah, 13 ans est amenée aux urgences par les pompiers pour trouble du comportement sur la voie publique et alcoolisation massive. A son arrivée Sarah est somnolente mais réveillable. L'examen clinique standard réalisé est sans particularité. Aucune lésion cutanée n'est retrouvée. Le bilan sanguin retrouve une alcoolémie de 1.2 g/l. Sarah est une jeune fille bien connue de la pédiatrie où elle a été hospitalisée à de nombreuses reprises pour scarification ou mises en danger. Une prise en charge en hôpital de jour pédopsychiatrique a été débutée mais interrompue par Sarah. Sarah est placée en foyer d'enfant depuis plusieurs années pour carences affectives graves. Nous contactons donc le foyer qui nous apprend que Sarah a fugué le soir même pour aller assister à une fête en plein air organisée par des jeunes non connus du foyer. L'éducateur nous dit que par ailleurs Sarah est plutôt stable sur le plan de l'humeur depuis plusieurs semaines, aucun facteur d'aggravation psychiatrique n'est noté. Nous décidons donc d'hospitaliser Sarah pour surveillance. Un contact avec le médecin ayant pris en charge Sarah sur l'hôpital de jour est prévu le lendemain pour adapter la conduite à tenir.

7) Hallucinations

Le seul terme « hallucination » est retrouvé dans les motifs d'admission dans cette catégorie. On dénombre 5 épisodes soit 2,69 %. Le sex-ratio est de 4 filles pour 1 garçon.

Exemple clinique : *Axel, 10 ans, est adressé par l'école pour troubles du comportement et hallucinations auditives. Axel vient aux urgences accompagné de sa mère. Le contact est fuyant, il n'y a pas de contact oculaire, Axel est figé sur le plan corporel, mutique. Nous réalisons donc la première partie de l'entretien avec la maman, signifiant à Axel qu'il peut à tout moment donner son avis. Axel ne présente aucun antécédent psychiatrique ni somatique particulier. La maman présente, elle, une cirrhose avancée en lien avec une hépatite. Sur le plan familial, Axel est le troisième enfant d'une fratrie de trois. Les deux aînés ont respectivement 10 et 13 ans de plus. Les parents sont séparés depuis 3 ans et il n'existe plus de contact entre le père et ses enfants. Axel est un enfant qui était scolairement compétent les années précédentes mais qui rencontre des difficultés cette année de CM2.*

Il existe des troubles du comportement à type d'insultes envers les camarades et l'institutrice. Axel peut également faire preuve d'hétéroagressivité envers ses camarades. Il n'a par ailleurs pas d'amis à l'école et sa mère s'inquiète car il passe souvent beaucoup de temps dans la rue avec des jeunes âgés de 15 à 18 ans. Depuis un mois, la famille est logée dans un logement temporaire. En effet, lorsqu'Axel était seul au domicile, un incendie s'est déclaré sans qu'Axel ait pu expliquer quoi que ce soit. Des brûlures de cigarettes ont également été constatées récemment sur le chien de la famille. Axel ne manifeste aucune émotion à l'évocation de ces éléments, il semble absent, dans un univers parallèle. La maman nous apprend qu'elle a plusieurs fois surpris son fils à parler seul, tout en ayant l'impression d'une conversation avec un interlocuteur absent. L'institutrice a fait le même constat. Il n'existe toujours aucune manifestation de la part d'Axel. La maman met en lien le début des troubles avec l'annonce d'un échec des traitements la concernant. Le pronostic vital de cette maman semble réservé à moyen terme.

Nous proposons à Axel que la maman sorte quelques instants. Axel haussera les épaules, seul signe qu'il nous a entendus. Le regard reste figé devant lui. Nous tentons de créer un lien thérapeutique en le questionnant sur ses loisirs. Axel fini par accepter de nous regarder, nous parle du club de basket qu'il apprécie. Il nous parle de ses copains plus âgés avec qui il joue au ballon le soir après la classe. Nous l'emmenons doucement à évoquer sa mère et ses difficultés. Axel admet qu'il discute parfois avec quelqu'un qu'il ne voit pas depuis quelques mois, lorsqu'il se sent seul à la maison ou à l'école. Il n'y a pas de critique franche de cette hallucination auditive. L'élaboration autour de cette question est compliquée. Néanmoins le discours est construit, non diffluent. A l'évocation de la maladie de sa mère, Axel se ferme et nous ne parviendrons pas à reprendre l'entretien. Nous faisons donc revenir la maman.

Nous proposons une hospitalisation en pédiatrie pour évaluation des symptômes, la clinique de cet entretien ne permettant pas de poser un diagnostic tranché. La question d'un potentiel risque de passage à l'acte sera à évaluer en hospitalisation. Des éléments pourrait faire évoquer au premier abord une entrée précoce dans la psychose (contact détaché, hallucinations, possible dissociation affective lors de l'évocation des difficultés). Toutefois, l'apparition des troubles concomitants à l'échec des traitements de sa maman et le retrait à cette évocation en entretien, peut faire évoquer une réaction dépressive se manifestant par des troubles du comportement avec une composante psychotique.

8) Encoprésie non organique

L'unique terme constituant cette catégorie est « encoprésie », définissant une encoprésie non organique. 3 épisodes sont retrouvés soit 1,61 %. Le sex-ratio est de 2 filles pour un garçon.

Exemple clinique : Nous rencontrons Charles, âgé de 14 ans, accompagné de son père. Il est adressé par son médecin traitant pour encoprésie. Charles est suivi par la gastropédiatre du service pour constipation et encoprésie depuis plusieurs années. Charles présente une encoprésie secondaire fluctuante depuis l'âge de 4 ans, âge où il a été placé en famille d'accueil, ainsi que ses huit frères et sœurs, suite à des carences éducatives graves au domicile. Le jour de la consultation nous apprenons qu'un retour au domicile des parents a été ordonné par le juge 1 mois auparavant et que la recrudescence des symptômes est survenue dans les suites du retour à domicile. Le papa nous explique être en difficultés pour faire accepter à son fils le traitement laxatif au long cours prescrit par la gastropédiatre. Cliniquement Charles est un adolescent d'un contact particulier. Le regard est fuyant, les réponses aux questions sont laconiques. Néanmoins il accepte de nous parler brièvement pour nous dire qu'il ne veut plus prendre le traitement car il ne l'aime pas. Il existe peu d'élaboration du discours, les réponses restent très factuelles. Nous notons une inhibition et une anxiété importante. Les émotions sont mal identifiées. Son estime de lui est très limitée, on note une dévalorisation importante. Toutefois nous percevons une immaturité importante et un sentiment d'injustice par rapport à sa fratrie. Sur le plan des interactions sociales, Charles nous rapporte avoir beaucoup d'amis mais est incapable de citer le prénom de l'un d'entre eux. Scolairement, Charles est en 4^e SEGPA et a été exclu pour 15 jours suite à des épisodes d'encoprésie au collège. Les apprentissages sont compliqués.

L'examen clinique retrouve une constipation depuis 3 semaines avec un abdomen tendu. Il convient du parallèle entre l'arrêt du traitement laxatif et la reprise des troubles et accepte très passivement de le reprendre.

Nous convenons donc d'une hospitalisation pour réintroduction d'un traitement laxatif. Le protocole adolescent est expliqué à Charles qui l'accepte sans faire de commentaire. Nous retenons le diagnostic d'encoprésie. Celle-ci semble être en lien avec une inhibition sociale, une anxiété importante et une passivité majeure. L'épisode actuel semble déclenché par l'instabilité provoquée par le retour au domicile des parents et l'arrêt du traitement. Un avis auprès de la gastropédiatre ainsi que du pédopsychiatre de liaison sera demandé pour orienter la prise en charge à la sortie, après reprise du transit en hospitalisation.

9) Trouble de l'humeur

Les termes associés à cette catégorie sont « dépression » et « syndrome dépressif ». On retrouve 2 épisodes soit 1,08 %. Les deux épisodes sont des filles.

Exemple clinique : *Eva, 15 ans, est accompagnée de sa mère aux urgences pédiatriques adressée par son médecin pour syndrome dépressif évoluant depuis 2 mois. Eva vit au domicile de ses parents avec sa sœur cadette. Scolairement Eva est très compétente, mais nous notons très rapidement dans son discours des angoisses de performance majeures. Eva est actuellement en 3^e et prépare son Brevet des Collèges. Eva décrit un épuisement psychique depuis plusieurs semaines faisant suite à un hyperinvestissement scolaire. Il existe de nombreux pleurs au domicile ainsi qu'une labilité émotionnelle notable en entretien. Nous retrouvons des troubles du sommeil à type de difficultés d'endormissement et une anorexie par manque d'appétit avec retentissement pondéral (perte de 3 kg depuis 1 mois). Eva évoque une asthénie et une aboulie (perte de l'élan vital) importante. Elle est très négative quant à ses chances d'obtenir une mention au brevet en dépit d'un parcours scolaire très satisfaisant. Nous retrouvons la présence d'attaques de panique fréquentes le soir ou*

au collègue. Il existe des difficultés de concentration se majorant. Nous ne retrouvons pas à l'interrogatoire d'idées suicidaires caractérisées, ni de scarification, ni passage à l'acte antérieur. Le discours reste néanmoins cohérent sans diffluence ni ralentissement franc.

Devant cette symptomatologie évocatrice d'un épisode dépressif majeur d'intensité modérée avec composante anxieuse importante, nous proposons une hospitalisation en pédiatrie de 5 jours pour apaisement, introduction d'un traitement anxiolytique (HYDROXYZINE) et évaluation pédopsychiatrique. Le protocole adolescent est accepté sans difficulté. Eva et sa mère donnent leur accord pour les soins.

10) Anorexie mentale

Cette catégorie regroupe les termes « anorexie mentale » et « TCA ». 2 épisodes sont répertoriés ce qui correspond à 1,08 %. Les deux épisodes sont des filles.

Exemple clinique : *Belinda, 8 ans, se présente avec sa mère aux urgences pédiatriques pour trouble du comportement alimentaire (TCA). Belinda est suivie par la gastro-pédiatre du service pour amaigrissement évoluant depuis 6 mois. Belinda est l'aînée d'une fratrie de deux filles. Elle ne présente pas d'antécédent somatique ni psychiatrique particulier mise à part une consultation aux urgences pour angoisse, quelques mois avant le début des troubles. Belinda est actuellement en CE2 et est scolairement dans les normes. Depuis 6 mois Belinda refuse de manger prétextant des douleurs abdominales lors des repas. Un bilan somatique complet a été réalisé en hospitalisation, aucune cause somatique n'est retrouvée. Par ailleurs il est noté de nombreux mensonges et une tendance à la manipulation de son entourage. A la suite de la première hospitalisation, il est proposé en plus du suivi pédiatrique et diététique, une prise en charge en thérapie familiale avec une pédopsychiatre. Un contrat de*

poids est passé entre Belinda, la gastro-pédiatre et ses parents. C'est dans le cadre du non-respect de ce contrat que la maman amène Belinda ce jour. Belinda réduit de plus en plus ses rations et mange extrêmement lentement. Une hospitalisation avec un contrat de poids, de temps de repas et une réalimentation orale progressive est proposée. Le protocole adolescent est présenté à Belinda, la maman étant d'accord pour une séparation partielle du milieu familial.

11) Autres

Cette catégorie rassemble les motifs « Réaction aiguë à un facteur de stress », « Réaction post-traumatique », « somnambulisme », « terreur nocturne », « fugue du domicile », « problèmes familiaux » et « suspicion de maltraitance ». On dénombre 7 épisodes soit 3.76 %.

Les pourcentages d'enfants par catégorie sont résumés dans la figure 4 et le sex-ratio en fonction des motifs psychiatriques d'entrée aux urgences est résumé dans la figure 5.

FIGURE 4 : Motifs d'admission psychiatrique aux urgences pédiatriques

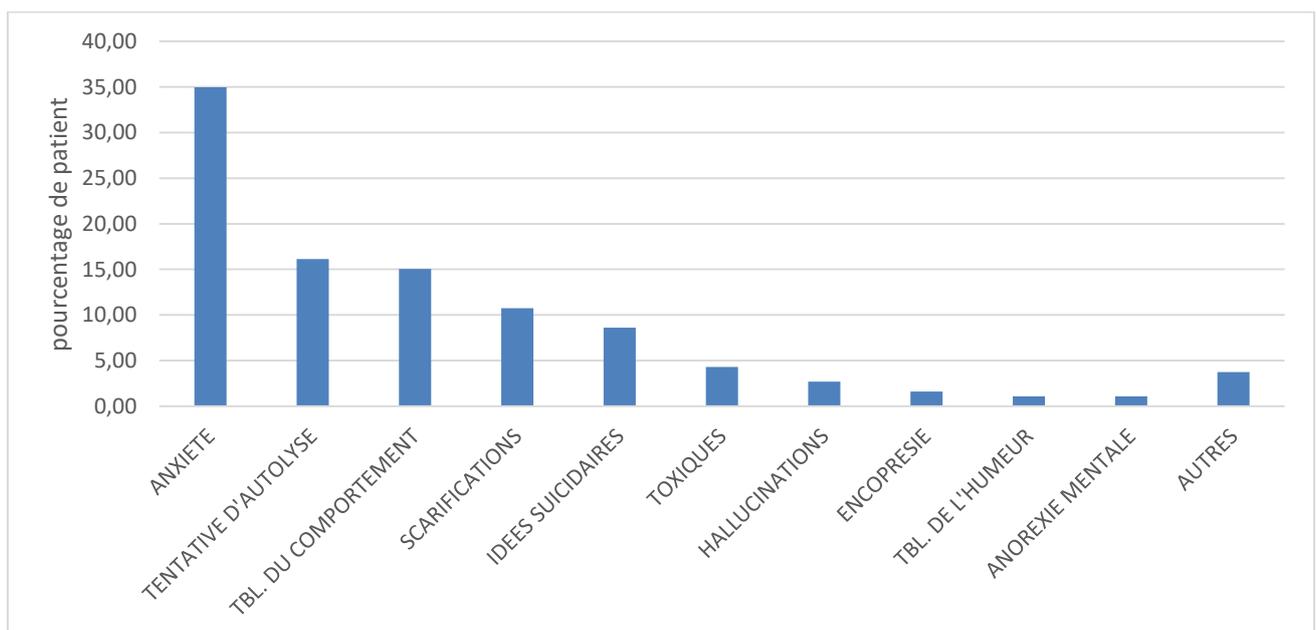
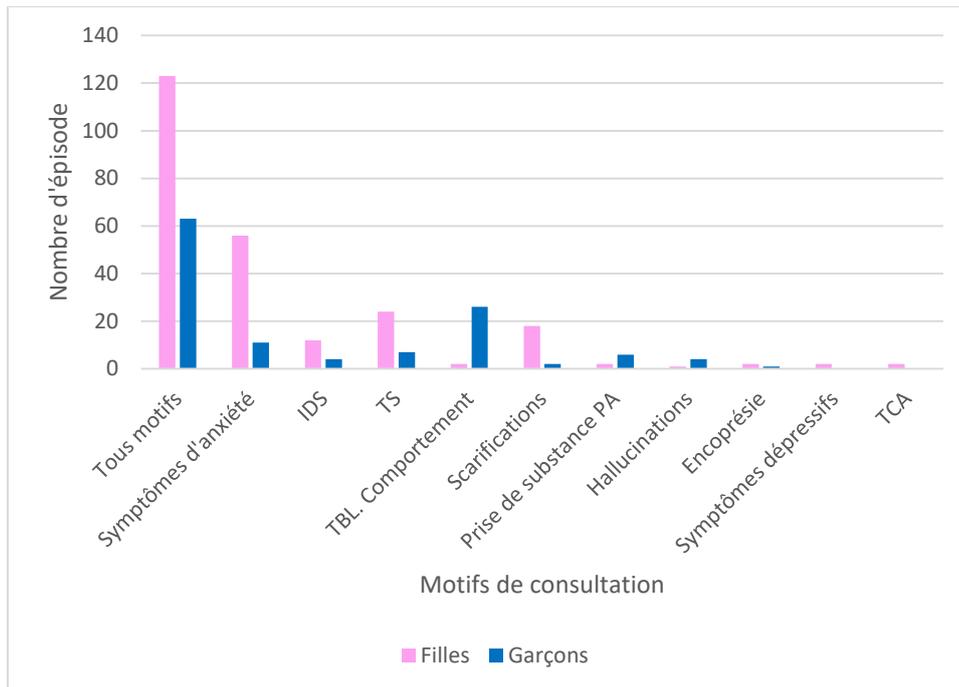


FIGURE 5 : Sex-ratio en fonction des motifs psychiatriques d'entrée aux urgences.



D) La prise en charge aux urgences

A son arrivée aux urgences, l'enfant est installé par l'infirmière qui prend les constantes et interroge brièvement sur le motif de consultation.

Par la suite l'enfant est vu, soit par un interne en pédiatrie, soit par un pédiatre, soit par les deux. L'entretien est réalisé avec les parents dans un premier temps puis avec l'enfant seul dans la majorité des cas. Ceci dépend du contexte de la consultation, de la présence ou non des parents ou d'un représentant légal, de l'âge de l'enfant. Aucune information sur ces données n'est disponible dans les dossiers.

En cas de difficulté d'orientation, les pédiatres font parfois appel à la psychologue du service ou au pédopsychiatre de liaison. L'aide apportée varie d'un avis téléphonique à la proposition d'une consultation, soit différée, soit dans les plus brefs délais si nécessaire.

Lors du recueil des données, les données sur la prise en charge aux urgences ou l'orientation étaient partielles ou manquantes pour 8 dossiers analysés.

1) Prise en charge somatique

Un examen clinique standard est réalisé pour chaque enfant consultant aux urgences, quelque que soit le motif d'entrée.

Selon la symptomatologie, il peut être réalisé des examens cliniques approfondis ou des examens complémentaires afin de toujours éliminer une cause somatique (électrocardiogramme pour 12,5 % des épisodes, recherche de toxiques urinaires pour 9,4 % des épisodes, recherche d'hypotension orthostatique pour 3,1 %, Electro-encéphalogramme pour 3,1 %).

2) Prise en charge psychiatrique

Le CMP a été contacté pour 21,9 % épisodes soit en cas de suivi antérieur, soit pour un avis (évaluation, thérapeutique, orientation). 3,2 % ont été vu pour un avis pédopsychiatrique en urgence.

La psychologue du service a été consultée pour 4,7 % des épisodes.

Pour aucun enfant il n'est mentionné que le médecin traitant a été contacté en vue de demande ou de partage d'informations.

3) Surveillance en UHCD

Lorsqu'une surveillance longue est nécessaire, les enfants peuvent être hospitalisés dans l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), contiguë au service d'hospitalisation complète. Ce type de surveillance peut être indiqué en cas de prise mineure de toxiques ou de médicaments, ou d'agitation nécessitant la surveillance d'un traitement administré.

Après la surveillance il est décidé, en fonction de l'état clinique de l'enfant, l'orientation vers une hospitalisation complète ou un retour à domicile.

7 enfants ont été pris en charge dans cette unité pour une surveillance en rapport avec un motif psychiatrique, soit 3.76 % des épisodes.

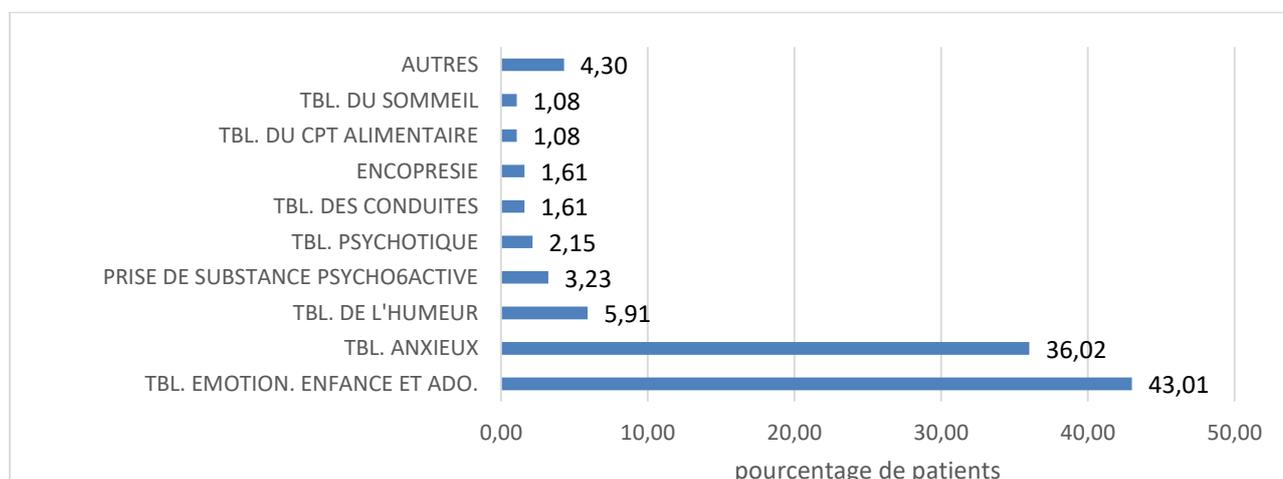
4) Autres

Un avis auprès de l'Unité Médico-Judiciaire a été demandé pour un enfant. Un signalement a été réalisé suite à une fugue de l'enfant accompagné de ses parents.

E) Pathologies retenues à la sortie

A la sortie, les pathologies retenues, codée via la CIM 10, peuvent être répertoriées comme suit : trouble émotionnel de l'enfance et de l'adolescence (43.01 % des épisodes), trouble anxieux (36.02 % des épisodes), trouble de l'humeur (5.91 % des épisodes), prise de substance psycho-actives (3.23 % des épisodes), trouble psychotique (2.15 % des épisodes), trouble des conduites (1.61 % des épisodes), encopresie non organique (1.61 % des épisodes), trouble du comportement alimentaire (1.08 %), trouble du sommeil (1.08 %), autres (4,30 % des épisodes : réaction aiguë à un facteur de stress, état de stress post-traumatique, autisme, suspicion de maltraitance). (Figure 6)

FIGURE 6 : Pathologies retrouvées aux urgences pédiatriques :



F) Orientation à la sortie

Après consultation aux urgences, une indication de sortie ou d'hospitalisation est prononcée. (Figure 7).

1) Retour à domicile

Si un retour au domicile est proposé, les enfants sortent avec un courrier pour leur médecin traitant reprenant le motif d'admission, les soins aux urgences et les conseils de prise en charge à la sortie.

On recense 67 épisodes, soit 36.02 % du nombre total d'épisodes, ayant été orientés vers un retour à domicile.

Les différentes propositions de soins sont :

- pour 54,7 % d'entre eux, une simple mise à disposition et conseils de consultation si récurrence ou apparition de facteurs de gravité.
- Pour 7,8 % d'entre eux, les coordonnées de la Maison des Adolescents sont remises à l'adolescent et aux parents pour un recours si nécessaire.
- Pour 7,8 % une consultation avec la psychologue du service est proposée.
- Pour 17,2 % d'entre eux, les coordonnées du Centre Médico-Psychologique (CMP) Enfant ou Adolescent sont remises pour évaluation pédopsychiatrique ou prise en charge.
- Pour 9,4 % d'entre eux, un rendez-vous à court terme au CMP est donné lorsqu'une prise en charge rapide est nécessaire, souvent à la suite d'un avis pédopsychiatrique aux urgences.

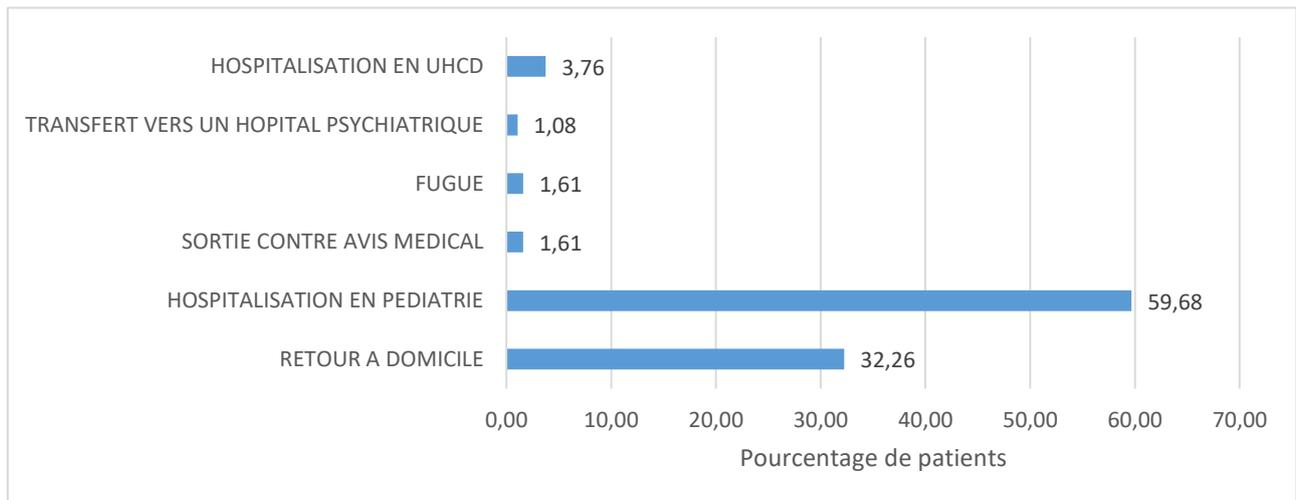
2) Hospitalisation

Sur les 186 enfants (épisode) s'étant présentés aux urgences, une hospitalisation a été proposée à 116 d'entre eux soit 62,37 % des épisodes. 60.75 % (113 épisodes) ont été orientés vers le service de pédiatrie et 1.61 % d'entre eux (3 épisodes) ont refusé cette hospitalisation, une sortie contre avis médical a donc été signée. Enfin, 2 épisodes ont été orientés vers une hospitalisation en service de pédopsychiatrie soit 1.08 %.

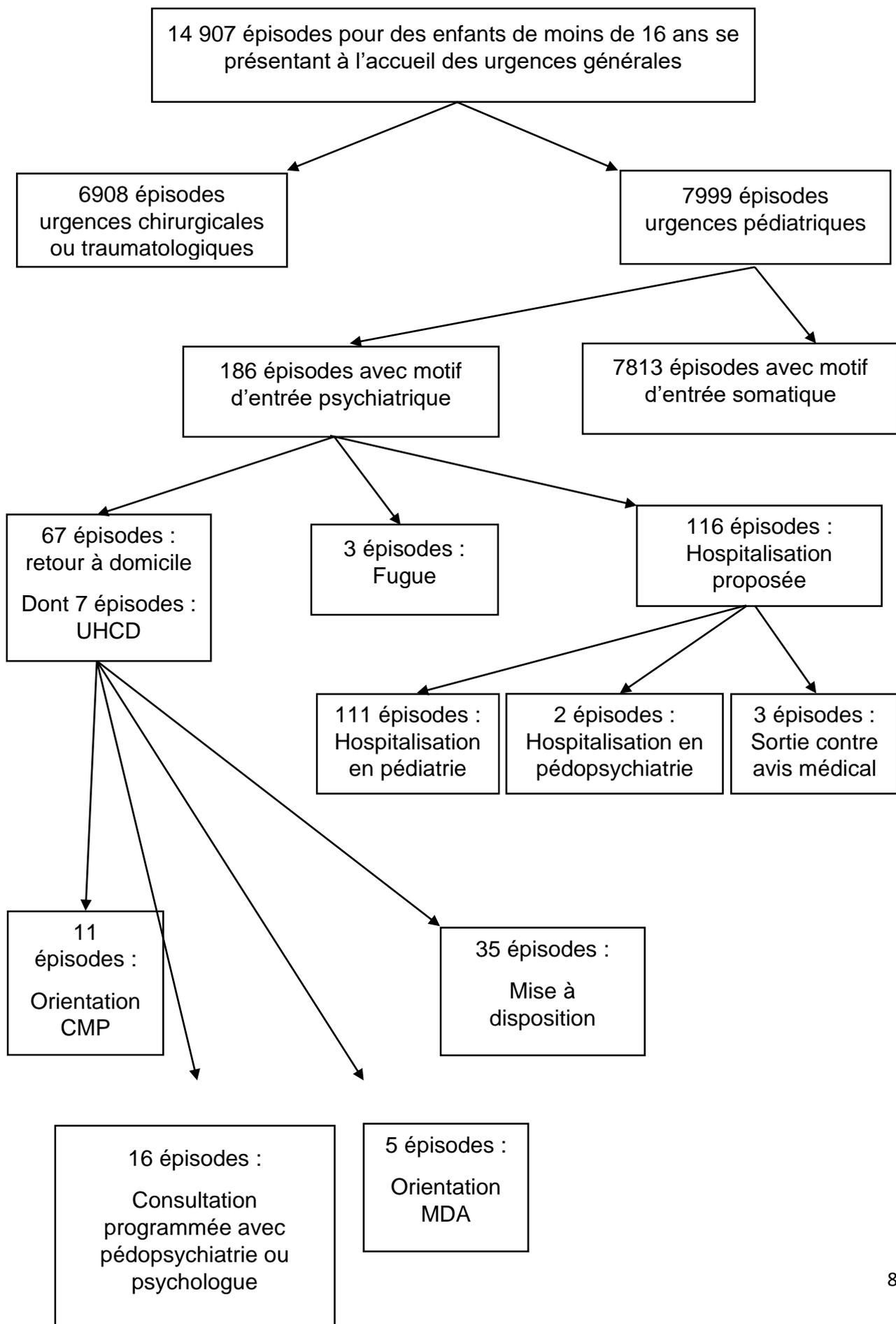
3) Fugue

Les soins aux urgences se sont soldés par un départ sans information des soignants pour 3 épisodes soit 1,61 %. Les représentants légaux ont été informés de la fugue, celle-ci a été mentionnée dans le dossier médical.

Figure 7 : Devenir des enfants après prise en charge aux urgences pédiatriques



RESUME DE LA POPULATION ETUDIEE :



II. L'HOSPITALISATION EN SERVICE DE PEDIATRIE GENERALE

A) Caractéristiques de la population

La moyenne d'âge des enfants hospitalisés pour un motif psychiatrique est de 12,5 ans et la médiane est de 13,0 ans.

Le sex-ratio est de 2,8 filles pour 1 garçon (92 filles et 33 garçons).

On dénombre 2125 hospitalisations en pédiatrie dont 125 pour un motif psychiatrique soit 5.88% du nombre total d'hospitalisations en pédiatrie tous motifs confondus. Le service de pédiatrie comporte deux types d'unités en fonction de la gravité de l'état clinique : l'unité de soins continus (USC, 380 épisodes tous motifs confondu) et l'unité de soins standards (1745 épisodes tous motifs confondus). Concernant les enfants hospitalisés pour un motif psychiatrique, 5 ont été admis en USC soit 1.32 % du nombre total d'hospitalisation dans cette unité et 120 admis en soins standards soit 6,88 %.

Pour 48,80 % des épisodes (61), l'enfant était déjà suivi soit par le CMP, par la psychologue du service, par la psychologue de la MDA ou par un psychologue des services d'aide à l'enfance.

B) Mode d'entrée en hospitalisation

Les enfants sont hospitalisés via les urgences, via une consultation pédiatrique ou encore suite à la programmation d'une hospitalisation.

1) A partir des urgences

On dénombre 111 hospitalisations (épisode) via les urgences soit 88, 80 % des épisodes. Le détail de ces données a été traité précédemment. (I-Les urgences, F-Orientation à la sortie, 2-Hospitalisation).

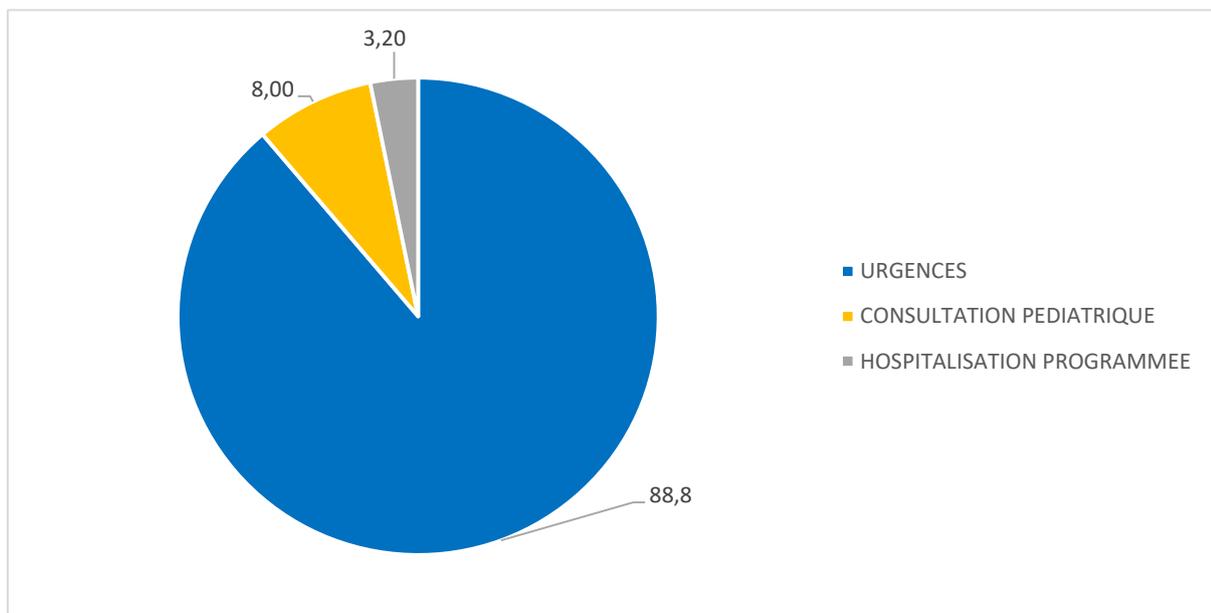
2) A partir d'une consultation pédiatrique

Des enfants sont également hospitalisés directement après une consultation pédiatrique ou psychologique (psychologue du service). Ces enfants présentent essentiellement une anorexie mentale et ont, soit perdu du poids de manière importante, soit ne respectaient pas le protocole de soins ambulatoires. Ces enfants représentent 10 épisodes soit 8.00 % des hospitalisations totales.

3) Hospitalisations programmées

Nous dénombrons quatre hospitalisations programmées. Deux d'entre elles sont en lien avec une encoprésie, l'hospitalisation ayant pour but de mettre en place un traitement laxatif et une évaluation psychologique. Les deux hospitalisations restantes sont à la demande des pédopsychiatres des Centres Médico-Psychologiques pour évaluation clinique ou mise en place d'un traitement antidépresseur. Ces hospitalisations programmées représentent 3.20% des hospitalisations totales, comme représenté sur la figure 8.

FIGURE 8 : Mode d'entrée en hospitalisation



C) Pathologies prises en charge en hospitalisation

1) Pathologies selon codage CIM 10

Les diagnostics établis avec un code CIM 10 à la sortie sont répartis en :

- 30 épisodes codés « Autres maladies et troubles mentaux de l'enfance, niveau 1 »
- 24 épisodes codés « Névroses autres que les névroses dépressives »
- 17 épisodes codés « Effets toxiques des médicaments et substances biologiques »
- 12 épisodes codés « Trouble de l'alimentation, non organique »
- 12 épisodes codés « Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial »
- 6 épisodes codés « Névroses dépressives »
- 6 épisodes codés « Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23 »
- 5 épisodes codés pour une pathologie somatique (diabète, gastro-entérite, fracture)
- 4 épisodes codés « Encoprésie non organique »
- 2 épisodes codés « Autisme typique »
- 2 épisode codés « Trouble précoce du comportement et trouble émotionnel de l'enfance et de l'adolescence, NCA »
- 1 épisode codé « Trouble mental due à des dérivés du cannabis : intoxication aiguë »
- 1 épisode codé « Troubles de la conscience et comas d'origine non traumatique »
- 1 épisode codé « Etat de stress post-traumatique »

Concernant le codage des épisodes via la CIM 10, les internes ou les pédiatres cochent sur un formulaire reprenant les pathologies toutes confondues (somatique et psychiatriques). Néanmoins nous constatons qu'il n'existe que très peu de propositions de diagnostics psychiatriques.

2) Pathologies retenues après analyse des dossiers

a) Trouble de l'adaptation

Ce diagnostic est retenu pour 52 épisodes soit 41,6 %. Ce diagnostic recouvre les passages à l'acte ou idées suicidaires dans un contexte de réaction aiguë à un facteur de stress, les troubles du comportement, les troubles de l'humeur ne présentant pas les caractéristiques d'un épisode dépressif majeur. Le sex-ratio est de 2.1 fille pour 1 garçon. La médiane de l'âge est de 13,5 ans [7-15 ans]. La médiane de la durée d'hospitalisation est de 4 jours [2-10 jours].

Exemple clinique : Reprenons le cas de Mario. En hospitalisation, Mario accepte le cadre sans difficultés, est très respectueux des règles et du personnel. Le premier jour, l'humeur est triste et Mario garde ses manières figées. La première nuit l'endormissement est difficile avec des pleurs au coucher mais Mario passera ensuite une nuit correcte. Lors des premiers entretiens Mario est assis sur son lit, ne nous regarde pas, ne sourit pas, le ton est monocorde et il nous parle peu. Les idées suicidaires ne sont plus présentes en hospitalisation mais il persiste une anxiété du retour au collège. Nous évoquons ses inquiétudes par rapport à sa maman et à ses problèmes de santé. Mario est persuadé qu'elle lui ment sur son état de santé, qu'elle risque de mourir d'un jour à l'autre. Mario peut expliquer qu'il sait que sa mère souhaite le protéger des choses difficiles et qu'il ne peut pas la croire. Nous faisons lien avec l'anxiété à l'école et Mario peut dire qu'il craint parfois que sa mère ne soit pas à la maison en rentrant. On comprend que dans cet état d'anxiété il soit compliqué pour Mario de s'installer en classe et d'être disponible psychologiquement pour les leçons. On note un discours très mature, discordant avec le plan affectif immature. Nous discutons avec Mario qu'il puisse demander à voir les lettres des médecins pour se rassurer. Lorsque nous repassons voir Mario en entretien le lendemain, sa mère est

présente et Mario peut lui faire la demande. La maman est d'accord pour montrer les lettres. Mario est plus détendu et parle un peu plus spontanément devant sa maman mais le discours reste centré sur les activités en pédiatrie. Dès que la maman aborde des sujets sensibles il se renferme et répond de manière laconique. Nous rassurons la maman sur l'amendement des idées suicidaires en hospitalisation.

Les jours suivants, d'autres adolescentes sont hospitalisées dans le service et on constate que Mario est beaucoup plus à l'aise, aimable avec tout le monde, moins triste, moins perdu dans ses pensées et qu'il est moteur dans le groupe. Il n'y a plus de difficultés à l'endormissement et il peut se dire rassuré par rapport à la maladie de sa mère (les comptes rendus lui ont été expliqués, la notion de rémission également). Lors des entretiens Mario est plus détendu corporellement et nous parle plus spontanément de l'école, de ses amis, de sa relation avec son père. Mario souhaiterait faire plus d'activités avec son père, l'unique activité qu'il fait actuellement avec lui est du dessin sur bois. Or Mario ne sait pas bien dessiner et n'aime pas particulièrement cela. Il nous explique qu'il fait semblant uniquement pour conserver ce temps avec son père. Lorsque nous rencontrerons le père et la mère la veille de la sortie, il peut demander à son père de l'emmener pour faire des balades ou du sport plus souvent. Mario semble être un enfant qui demande peu et ne s'oppose pas, de peur de perdre l'amour de ses parents. Il semble également qu'il n'ait pas perdu espoir que ses parents se remarient mais est paradoxalement très protecteur avec sa mère et il semble parfois occuper la place affective du père au domicile. Nous reprenons avec les parents les évolutions éducatives inhérentes au processus adolescent et les mouvements de séparation des figures d'attachement. Nous évoquons les places de chacun au domicile et notamment la notion du « co-sleeping » qui n'est pas adaptée pour un garçon de 13 ans. A la fin des cinq jours, Mario se sent prêt à retourner à la

maison. Il n'a plus d'idées suicidaires et il se dit plus apaisé par rapport à sa mère. Mario présente plus d'envies et se projette par rapport à ses vacances d'été. Il reste anxieux par rapport au retour au collège. Nous faisons un lien avec la psychologue de la MDA afin de transmettre les informations recueillies lors de l'hospitalisation et un rendez-vous est donné la semaine suivante pour consolider la sortie. Un lien avec l'infirmière du collège est également fait.

Un travail de séparation mère-fils avec réassurance des deux parties et un travail sur les places de chacun reste à mener. Cette hospitalisation a permis un accès aux soins, la prise en compte des inquiétudes de chacun et la verbalisation des difficultés au sein de la famille avec l'aide d'un médiateur. Sur le plan psychiatrique on retrouvait des symptômes de dépression franche qui aurait, chez l'adulte, pu faire évoquer l'initiation d'un traitement antidépresseur. On remarque que chez cet adolescent la symptomatologie s'amende très rapidement dès lors que l'on met en mots les difficultés rencontrées.

b) Trouble anxieux

Nous recensons 29 épisodes diagnostiqués « Trouble anxieux », soit 23,2% des hospitalisés. Ce diagnostic recouvre essentiellement les attaques de panique, les somatisations, les angoisses de séparation de l'enfant et les phobies scolaires. Le sex-ratio est de 4 filles pour 1 garçon. La médiane de l'âge est de 13 ans [5-15 ans]. La médiane de la durée d'hospitalisation est de 3 jours [2-11 jours].

Exemple clinique : *Nous rencontrons Astrid, 14 ans, hospitalisée pour phobie scolaire. Astrid est en 3^e générale et est scolairement très compétente. Toutefois depuis un mois, elle présente une anxiété importante tous les matins au domicile qui*

se majore jusqu'à une attaque de panique lorsqu'elle se rend au collège. Astrid ne présente aucun antécédent tant somatique que psychiatrique.

Astrid est la quatrième enfant d'une fratrie de quatre. Ses trois frères et sœurs ont entre 26 et 17 ans. Elle vit au domicile de ses parents avec son frère de 17 ans avec qui elle a une relation de grande complicité. La relation avec sa mère est également très fusionnelle. On note des angoisses de séparation importantes lors de l'entrée à l'école. Mère et fille font beaucoup d'activités ensemble. La relation avec son père est plus distante, Monsieur étant peu souvent à la maison du fait de son travail de commercial. Nous retrouvons dans le discours d'Astrid une anxiété de performance vis-à-vis de son père. Ses frères et sœurs sont particulièrement compétents scolairement et font des études de droit et de médecine pour les deux plus âgés. Sur le plan social, Astrid est dans un groupe d'amies très proches depuis le primaire. Toutes ses amies sont scolairement efficaces.

Il existe donc depuis un mois un refus du collège, compensé par un hyperinvestissement scolaire au domicile. Cet absentéisme occasionne de nombreuses disputes entre Astrid et ses parents ainsi qu'entre sa mère et son père qui présentent des attitudes opposées quant à cette question. L'hospitalisation a donc été proposée pour apaisement et évaluation.

L'examen clinique retrouve une perte de 2 Kg en un mois et des troubles du sommeil à type de retard à l'endormissement par rumination anxieuse. Astrid est asthénique, l'humeur est labile. Nous ne retrouvons pas de tristesse pathologique de l'humeur ni d'idées suicidaires. Toutefois Astrid est très négative quant à ses études. Nous percevons une angoisse de performance majeure. La réussite de ses frères et sœur, notamment au brevet, est très présente dans le discours. Il existe un retrait social et

des difficultés de projection dans l'avenir. Le discours est cohérent et construit mais redondant. La critique de l'anxiété est possible mais Astrid a un sentiment d'impuissance quant au contrôle de ses angoisses.

Le sommeil est de mauvaise qualité, il est donc instauré un traitement par HYDROXYZINE 25 mg au coucher qui montre une bonne efficacité.

Astrid est vue 3 fois en entretien psychologique au cours de son hospitalisation. Ces entretiens permettent un apaisement et une renarcissisation progressive. Un entretien familial est réalisé avec les deux parents et met en avant un parcours atypique pour le papa l'ayant conduit à avoir un métier qu'il juge en dessous de ses capacités. Il explique son souhait de réussite pour ses enfants. Nous pouvons expliciter la position d'Astrid dans la famille et la pression psychique qu'elle s'impose pour satisfaire ses parents. L'entretien permet d'apaiser temporairement les tensions, nous encourageons les parents à s'harmoniser sur leurs exigences par rapport à leur enfant et à faire preuve de cohérence dans leurs discours avec leur fille.

Après cinq jours en hospitalisation, Astrid est orientée vers une prise en charge psychologique au CMP et les coordonnées d'une sophrologue lui sont remises pour accéder à des techniques de relaxation. L'alimentation est reprise et le sommeil est de meilleure qualité. Le discours tend à être moins négatif et l'humeur est plus stable. Un retour progressif au collège est proposé en accord avec Astrid. Un lien avec l'infirmière du collège a été fait afin de faciliter cette reprise. Le traitement par HYDROXYZINE 25 mg au coucher sera poursuivi au domicile.

L'hospitalisation n'a bien sûr pas solutionné entièrement les difficultés d'Astrid, néanmoins elle a pu permettre, en plus d'une évaluation de l'humeur plus approfondie,

d'initier un dialogue entre les parents et la jeune fille et d'apaiser les tensions majorant l'anxiété d'Astrid.

c) Anorexie mentale

On dénombre 12 épisodes classés comme anorexie mentale, soit 9.6 % des 125 hospitalisés. Sur ces épisodes, 10 sont partagés équitablement entre deux jeunes filles. Les 4 hospitalisées sont exclusivement des filles. La médiane d'âge est de 8,5 ans [7-10 ans]. La durée médiane de séjour est de 8 jours [2-43 jours].

La prise en charge des jeunes présentant une anorexie comporte un suivi pédiatrique et nutritionnel par une gastro-pédiatre, des consultations avec la psychologue du service poursuivies hors du temps d'hospitalisation, et une prise en charge en thérapie familiale par une pédopsychiatre.

Un contrat de poids est généralement passé entre la gastro-pédiatre et la jeune, pouvant conduire à une hospitalisation si perte de poids en dessous du seuil prévu.

En hospitalisation, les jeunes bénéficient de soutien scolaire et d'activités créatives en dehors des temps de consultations. Elles sont incluses dans le « protocole adolescent ».

Exemple clinique : *Nous poursuivons le cas de Belinda, 8 ans, hospitalisée pour refus alimentaire et perte de 1.2 kg en dessous du poids seuil. Belinda accepte l'hospitalisation de manière très passive. Les repas excèdent une heure et Belinda manipule sa nourriture sans la manger ou fait des bouchées insignifiantes. Belinda cache les aliments dans la salle de repas, dans sa serviette, dans ses poches. Il n'y a pas de vomissements auto-provoqués. Belinda est très passive dans les soins, il semble que son attitude d'opposition passive au cours des repas soit son mode d'expression de ses émotions. Belinda continue de perdre du poids, la gastro-pédiatre prescrit donc un support de nutrition par sonde nasogatrique en fractionné sur la journée. Les quantités sont adaptées aux apports alimentaires oraux. Le*

programme de renutrition progressive est expliqué à Belinda qui donnera son accord sans pour autant changer ses habitudes. Nous rencontrons la maman qui se dit épuisée du comportement de sa fille, qu'elle ne comprend pas. Les relations mère-fille semblent compliquées au domicile, s'apaisant en hospitalisation.

Cliniquement, Belinda est souvent souriante, calme, discute facilement. Nous nous rendons néanmoins compte que Belinda a un discours très conforme aux attentes de l'adulte. Il existe beaucoup de mensonges. Belinda semble avoir une nécessité de contrôle de son entourage. Le biais de l'alimentation est particulièrement efficace avec ses parents car il fait appel aux besoins primaires de nourrissage comme marqueur de compétence parentale. Nous ne notons pas de dysmorphophobie.

Belinda acceptera progressivement de se réalimenter ce qui prendra plusieurs semaines. Les parents sont très présents lors des visites et des permissions. Nous pouvons supposer que ce réinvestissement psychique, dans un contexte plus apaisé, a permis à Belinda de pouvoir réinvestir son corps. Néanmoins les situations de repas lors de permissions restent compliquées, les parents se sentant vite démunis face à l'opposition passive de leur fille.

Belinda bénéficie de nombreux entretiens avec la psychologue pour un travail sur les relations parentales et le réinvestissement corporel. Les conditions de sortie comportent un contrat de poids et de temps du repas maximum. A la sortie d'hospitalisation, des consultations régulières avec la gastro-pédiatre, la psychologue du service et la pédopsychiatre permettront de stabiliser le poids.

d) Syndrome dépressif majeur

On dénombre 10 épisodes soit 8 % des hospitalisés, pour lequel un diagnostic de syndrome dépressif majeur a été posé. Les 10 épisodes correspondent à 10 patients (9 filles et 1 garçon). La médiane de l'âge est de 14 ans (12 à 15 ans) et la médiane de la durée d'hospitalisation est de 3,5 jours (2 à 8 jours).

Exemple clinique : *Reprenons l'histoire de Lina qui accepte donc une hospitalisation de 48h pour observation. Les premières 24h, on note environ trois crises d'agitation, sans facteur déclenchant mais avec perte du contact, des mouvements désordonnés mais non stéréotypés et des insultes pendant la crise. Il existe une irritabilité et une labilité émotionnelle importante. Lina est fréquemment en hypervigilance, ne supporte pas qu'on la touche par surprise. On note une attitude très provocatrice, interprétée par l'éducatrice comme une lutte contre l'effondrement thymique. Un avis neuropédiatrique au centre de référence de la région (CHRU de Lille) est demandé par le pédiatre. Il est programmé une consultation neuropédiatrique.*

Sur le plan somatique, tous les bilans sont négatifs et le neuropédiatre oriente vers la pédopsychiatrie pour avis. Le service de pédopsychiatrie du CHRU de Lille évoque un syndrome dépressif décompensant à la faveur d'un psychotraumatisme ancien. Le facteur déclenchant retrouvé semble être le deuil débuté par Lina de sa relation avec sa mère qui n'a pas donné de nouvelles depuis plusieurs semaines. Nous revoyons Lina en consultation. Aucune amélioration n'est constatée sur le plan des troubles du comportement. Une hospitalisation est programmée du soir jusqu'au lendemain après-midi pour instauration et surveillance d'un traitement contre les cauchemars dans le cadre d'un psychotraumatisme (MINIPRESS). Il est également proposé un traitement par HYDROXYZINE sur la journée pour apaisement et un traitement par Sertraline 50

mg (ZOLOFT, antidépresseur). Il est également convenu une prochaine hospitalisation pour augmentation de la posologie du MINIPRESS instauré en dose minimale afin de prévenir une éventuelle hypotension orthostatique. Il est nécessaire d'aménager le cadre de l'hospitalisation car Lina est très intolérante à la frustration. Néanmoins Lina fait peu à peu confiance à l'équipe et se livre un peu plus sur ses difficultés. Lina peut nous dire au cours de la prise en charge qu'elle a été séquestrée par son beau-père, ce qu'elle rapproche des paroles énoncées lors de certaines crises rapportées par l'éducatrice « Non, laisse-moi, je veux partir, laisse-moi partir ». Ces paroles n'ont pas été constatées en hospitalisation. Il est noté une lutte contre l'effondrement de type agitation motrice. Lina est incapable de se poser et lorsque l'entretien dure plus de quelques minutes elle manifeste son impatience. Les traitements montrent rapidement une efficacité avec un amendement des crises en l'espace d'une semaine. Les cauchemars s'apaisent dans les deux semaines et Lina est moins irritable. De plus, lors de son hospitalisation sa grand-mère, son oncle et sa tante maternelle ont été présents ce qui semble avoir fait beaucoup de bien à Lina.

Parallèlement, Lina a souhaité en fin d'hospitalisation de l'aide pour arrêter de fumer et un traitement substitutif a été mis en place. Il a été suivi au moins tout le temps de la prise en charge en pédiatrie y compris jusqu'à une consultation de suivi à un mois. Lina a ensuite été adressée au CMP adolescent pour le suivi médicamenteux et assurer un soutien psychologique sinon un travail sur ses difficultés. Lina reste assez réticente aux soins.

Il a été nécessaire d'adapter le cadre de l'hospitalisation pour Lina qui avait besoin de descendre fumer plusieurs fois par jour et ne tenait pas longtemps dans le service malgré les activités proposées. L'éducatrice du foyer et la famille se sont donc relayés la journée auprès de Lina afin de la distraire et de l'accompagner. Les hospitalisations

étaient courtes et fractionnées avec des permissions en journées afin de permettre de garder l'alliance thérapeutique.

e) Encoprésie non organique

La prise en charge des encoprétiques en hospitalisation est essentiellement centrée sur l'organique. Le plus souvent l'encoprésie est sous-tendue par une constipation importante, motif de l'hospitalisation. Le transit est repris grâce à la prescription de laxatifs et l'instauration d'un rythme des présentations aux toilettes. Une approche de thérapie cognitivo-comportementale basée sur des récompenses en cas d'absence du comportement problème peut être envisagée.

La séparation du milieu familial peut avoir son intérêt lorsque les défécations sont un moyen de contrôle de la vie familiale.

Une thérapie en ambulatoire doit être envisagée en complément de la prise en charge somatique.

On dénombre 5 épisodes d'hospitalisation pour encoprésie non organique, soit 4 % des hospitalisations. Le sex-ratio est de 1.5 en faveur des filles. La médiane de l'âge est de 9,50 ans [5-13 ans]. La médiane de la durée d'hospitalisation est de 2.5 jours [2-3 jours].

f) Trouble grave de la personnalité

Nous avons répertorié 4 épisodes soit 3,2 % des hospitalisations pour motif psychiatriques, présentant un trouble grave de la personnalité. Le sex-ratio est de un pour un. La médiane de l'âge est de 13,5 ans [11-14]. Ces troubles sont essentiellement un trouble borderline.

g) Troubles des conduites

On dénombre 3 épisodes soit 2,4 %. Le sex-ratio est de 2 garçons pour 1 fille. La médiane de l'âge est de 13 ans [13-15]. La médiane de la durée de séjour est de 3 jours [2-9 jours].

Exemple clinique : *Lucas, 15 ans, est hospitalisé pour trouble du comportement au domicile et à l'école. Il est actuellement exclu du collège pour avoir agressé physiquement un de ses camarades et avoir volé du matériel informatique. Lucas est le troisième d'une fratrie de 3 garçons. Les parents sont séparés depuis la naissance de Lucas, Lucas n'a pas été reconnu par son père. Lucas est un adolescent ne respectant pas le cadre, intolérant à la frustration. Il existe un absentéisme scolaire important ayant motivé une enquête sociale. Les résultats scolaires sont très déficitaires malgré une absence de trouble des apprentissages mis en évidence. Un placement à domicile avec étayage par un éducateur venant au domicile tous les 15 jours a été mis en place depuis 3 mois. La maman de Lucas est épuisée par le comportement de son fils. Une dispute a violemment éclaté entre eux, à la suite de laquelle les forces de l'ordre sont intervenues et Lucas adressé aux urgences pédiatriques. Une hospitalisation de courte durée est proposée pour apaisement et point social.*

En hospitalisation, Lucas est calme, teste le cadre imposé par l'institution. Son attitude est provoquante, le discours est moqueur, détaché. Le sommeil est de bonne qualité, de même que l'appétit. Lors de l'entretien, Lucas refuse de parler de lui, retourne les questions. L'attitude est très défensive sous une façade détachée. L'alliance thérapeutique est particulièrement compliquée à instaurer. Lucas refuse une prise en charge pédopsychiatrique et l'évaluation pédopsychiatrique en entretien reste incomplète, l'humeur en particulier n'étant pas explorable. Par ailleurs, le discours est cohérent, bien construit, sans éléments délirants ni évocateurs d'une dissociation cognitive ou affective.

L'assistante sociale du service établi un lien avec la Maison Départementale de Solidarité (services d'aide à l'enfance). Une proposition de placement pour une durée de 6 mois est faite.

A cette annonce, Lucas ne montre aucune émotion, l'attitude reste détachée. Nous proposons une prise en charge en hôpital de jour adolescent sur le site de l'IDAC. Lucas accepte finalement de rencontrer le médecin référent de cette unité pour une présentation du service la semaine suivante.

La sortie est actée après 3 jours d'hospitalisation avec l'accord de la maman. Lucas est accueilli en foyer d'enfant pour 6 mois avec des temps sur le centre de jour de la structure pour réinvestir le plan scolaire.

h) Troubles conversifs

Nous avons recensé 2 épisodes de trouble conversif, soit 1.6 % des hospitalisations. Le sex-ratio est de un pour un. L'âge médian est de 13 ans [12-14]. La durée d'hospitalisation est des 2 jours pour les deux hospitalisations.

i) Troubles du sommeil

Le diagnostic de trouble du sommeil est retenu pour 1 épisode soit 0,8 %. La pathologie présentée est une crise de somnambulisme chez un garçon de 13 ans, resté hospitalisé 4 jours.

j) Prise de substance psychoactive

Un garçon de 15 ans a été hospitalisé pendant 2 jours pour prise de substance psychoactive (cannabis). Les autres hospitalisations pour prise de substance psychoactive (alcool, cannabis, ecstasy...) ont été hospitalisés moins de 24h et ont été comptabilisés dans les hospitalisations de courte durée (UHCD).

k) Trouble psychotique

1 garçon de 12 ans a été hospitalisé pendant 2 jours pour trouble psychotique.

Il a été transféré dès le lendemain après-midi vers le service de pédopsychiatrie du secteur dont il dépendait. Nous ne l'avons pas rencontré en hospitalisation.

l) Autre

5 épisodes, soit 4 % des hospitalisations, ont été classés dans la catégorie « autre ». Celle-ci regroupe 2 épisodes (pour le même patient) pour trouble du comportement chez un enfant autiste, 2 épisodes (deux patients différents) initialement hospitalisés pour vomissement s'étant avérés être d'origine psychogène et 1 épisode pour suspicion de maltraitance devant la survenue d'hématomes multiples.

Exemple clinique : *Elena est amenée aux urgences pédiatriques par sa mère pour des hématomes de la face antérieure des cuisses. Nous la rencontrons lors de l'hospitalisation.*

Elena est une enfant de 9 ans vivant avec sa mère, son frère et son beau-père. Elena est d'origine Russe et est arrivée en France à l'âge de 2 ans après le divorce de ses parents. Elena a peu de contact avec son père qui voyage beaucoup (sportif) et très peu de contact avec la famille de sa mère, restée en Russie. Madame est remariée depuis plusieurs années et les relations avec le beau-père semblent correctes mais peu explorables, le discours restant très superficiel.

Les hématomes sont multiples, diffus sur la face antérieure des deux cuisses, d'âges différents et entre 2 et 8 cm de diamètre. Il n'est pas retrouvé de gingivorragie, d'hématomes ou de purpura sur d'autres localisations pouvant faire évoquer un Purpura Thrombopénique Idiopathique. A l'interrogatoire il n'est pas retrouvé de

facteur de déclenchant, Elena nie toute action de sa part et on note un certain détachement face à ces hématomes importants. La maman est inquiète d'un problème somatique. A l'interrogatoire il est recherché également des difficultés à l'école ou au domicile mais Elena maintient que tout va bien. La maman est néanmoins inquiète de ses relations avec ses pairs et explique qu'Elena rencontre des difficultés dans les apprentissages sans que des explorations n'aient été réalisées. On note qu'Elena a passé les dernières semaines chez son père pendant que sa maman devait régler des problèmes de famille en Russie.

Devant cette symptomatologie il est décidé une hospitalisation pour observation et bilan complémentaire, dans un premier temps refusée par la maman puis finalement acceptée devant l'insistance des professionnels.

Dans le service Elena est une enfant très calme, timide, parlant difficilement à l'équipe. Elle accepte facilement le cadre de l'hospitalisation et la séparation avec sa mère. Il est noté un regard particulier et une réticence à parler.

Nous la rencontrons donc au cours de l'hospitalisation. Un bilan biologique a été réalisé afin d'éliminer une potentielle origine organique type purpura thrombopénique idiopathique fréquent chez l'enfant. Une biopsie cutanée est également demandée pour éliminer une vascularite. Tous les bilans somatiques sont négatifs et on remarque l'apparition de nouvelles lésions sur les cuisses pendant le temps de séparation familiale.

Nous décidons donc de privilégier la construction d'un lien thérapeutique afin de mettre Elena en confiance. Lors de cet entretien il est évoqué ses loisirs (jouer à la poupée, peu de jeux liés à l'imaginaire, peu de créativité), ses vacances, son frère avec qui elle est proche. Au cours de l'entretien Elena se détend visiblement, et parle

plus spontanément. Le regard reste néanmoins assez méfiant et peu direct. Il est parfois difficile de suivre son discours qui est confus sur certains aspects : manque de préciser les liens logiques entre les personnes, confusion temporelle. Nous proposons à Elena de se revoir le lendemain ce qu'elle accepte. Le lendemain nous réabordons le sujet des vacances pour conserver le lien thérapeutique. Lorsque nous parlons d'un livre qu'elle a lu, Elena s'arrête brusquement pour nous demander si les hématomes peuvent être dus à un geste répétitif qu'elle nous montre en même temps. Elena appui fortement sur la face antérieure de ses cuisses avec ses pouces, ses mains enserrant ses cuisses, en allant de haut en bas. Elena nous dit qu'elle fait cela lorsqu'elle se sent stressée. Nous évoquons le départ de sa mère pour la Russie pendant quelques semaines et le séjour chez le papa. Elena explique que le séjour s'est bien passé, mais qu'effectivement c'était compliqué d'être séparée de sa maman et de son frère. Les hématomes seraient apparus la première fois après le départ de sa maman. Il est exploré une possible maltraitance scolaire ou familiale sans éléments d'inquiétude relevés. Nous posons donc le diagnostic d'auto-stimulations. Compte tenu des auto-stimulations, du contact étrange, des difficultés de repérage temporel, du discours décousu nous évoquons avec Elena et sa maman la nécessité d'une prise en charge au CMP. Un lien est fait avec le pédopsychiatre responsable pour la prise en charge à la sortie.

La prise en charge de Elena a été au début difficile car la possible maltraitance provoquait chez les professionnels de la compassion mais également la peur d'induire, par les questions posées lors des examens cliniques, des fausses-réponses voire des faux-souvenirs. Cette peur est liée à une expérience passée dans le service lors de laquelle la psychologue de l'unité médico-judiciaire a reproché à l'équipe pédiatrique d'avoir induit des réponses et donc rendu plus difficile l'expertise médico-judiciaire.

Les professionnels étaient donc en difficulté pour savoir quoi dire et peut-être cela a-t-il été ressenti par Elena, ce qui a pu majorer ses difficultés de verbalisation.

Exemple clinique : *Intéressons-nous au cas de Luc, 14 ans, hospitalisé à trois reprises en 2016 pour vomissements incoercibles.*

Luc est un adolescent vivant au domicile de ses parents avec sa sœur de 8 ans. Luc est un adolescent scolairement compétent présentant des difficultés d'interaction avec les pairs par retrait social.

Luc présente depuis 3 ans des vomissements cycliques nécessitant une hospitalisation d'une semaine en moyenne 2 à 3 fois par an sans facteur déclenchant retrouvé. Les premières hospitalisations conduisent à un bilan étiologique complet avec bilan métabolique et consultation neuropédiatrique pour éliminer des migraines intestinales. Il est réalisé également une fibroscopie et une ph-métrie (recherche de gastrite, de reflux gastro-oesophagien...) qui s'avèrent normales. Devant la répétition des crises et l'absence de cause somatique retrouvée, il est proposé une rencontre avec la psychologue du service, ce qui est refusé par la famille dans un premier temps.

Luc est donc hospitalisé pour une nouvelle crise lorsque nous le rencontrons. On remarque un rapprochement des crises à l'hiver 2016/2017 toujours sans facteur ni somatique ni psychologique retrouvé. Les bilans somatiques à nouveau réalisés sont toujours sans particularité. Nous proposons donc à nouveau le passage de la psychologue du service et du pédopsychiatre de liaison, ce qui finit par être accepté par la maman. Néanmoins lorsque la psychologue passe Luc refuse de parler et se met à vomir. Lors de l'entretien pédopsychiatrique on note un contact étrange, avec un regard éteint et fuyant. Luc refuse de parler et présente une hypersalivation ce qui

semble déclencher les vomissements. La mère de Luc semble très attachée à une cause somatique ayant du mal à envisager une cause psychologique à ces vomissements. Elle décrit son fils comme un adolescent assez renfermé sur lui-même, jouant beaucoup aux jeux vidéo dans sa chambre. Pour elle Luc a toujours été assez discret et peu communicatif. Pour la maman il n'existe pas de difficultés particulières à l'école, Luc ayant des notes dans la moyenne. Elle peut dire toutefois que Luc ne semble pas avoir beaucoup d'amis au collège, en tout cas qu'il ne les voit pas en dehors.

On remarque une attitude assez exigeante de Luc envers sa mère qui est très attentive au moindre geste de son fils et devance ses besoins. La maman évoque une relation fusionnelle avec son fils.

Devant l'apaisement des vomissements, il est proposé que Luc puisse assister à l'école à l'hôpital. Luc refuse et reste étendu dans son lit, regardant passivement la télévision. Lorsque nous insistons Luc se redresse, le regard est très noir envers nous et il commence à baver. Sa mère se précipite pour l'aider mais il n'existe pas de réel vomissement. Toutefois la maman nous dit qu'il n'est pas prêt à aller à l'école. Luc reste donc dans son lit toute la journée avec sa perfusion de réhydratation. L'équipe s'interroge sur l'auto-provocation des vomissements par potomanie. Il est proposé une restriction hydrique orale complétée par la perfusion. Il est proposé une réalimentation progressive à partir du lendemain devant l'amendement des vomissements. Nous reprenons le lendemain avec la maman sur l'attitude de Luc dans le service qui est très exigeant avec l'équipe. Il refuse de parler et fait des gestes pour demander ce qu'il a besoin, bavant lorsqu'on lui demande de parler. Lors de l'entretien il est recherché des facteurs déclenchants familiaux ou scolaires mais le discours de la maman reste très lisse. Luc refuse toujours de parler même en l'absence de sa mère.

En accord avec l'équipe nous tentons donc de l'obliger à s'habiller et à aller à l'école à l'hôpital. Nous sentons la maman très en difficulté pour s'opposer à son fils qui marque son refus. Finalement avec notre soutien la maman demande à son fils de s'habiller et d'aller à l'école. Luc y restera 30 minutes et refusera de faire quoi que ce soit.

Nous proposons une séparation mère-fils de quelques jours afin d'observer Luc et nous établissons un contrat de soin selon le protocole adolescent en vigueur dans le service. Il est évoqué en entretien avec la maman les possibles bénéfices secondaires de ces vomissements et hospitalisations dans la relation avec son fils. Il est repris les processus de changement inhérents à l'adolescence et le cadre éducatif.

Après 2 jours Luc mange à nouveau et demande sa sortie. Luc n'aura pas accepté de parler durant son séjour ni à la psychologue, ni au pédopsychiatre ni à l'équipe de pédiatrie. Le suivi psychologique au décours est refusé par Luc et la maman le soutiendra. Une mise à disposition de la psychologue et les coordonnées du Centre Médico Psychologique pour Adolescent (CMP) seront proposées.

Luc est de nouveau hospitalisé en juin 2017 pour le même motif. Nous le revoyons dans le cadre de la pédopsychiatrie de liaison. Il est hospitalisé en protocole adolescent afin qu'il soit établi l'origine psychogène des troubles. Luc est plus souriant lorsque nous le rencontrons. Il ne souhaite toujours pas nous parler dans un premier temps mais le regard est plus direct et le visage plus détendu. Luc accepte le protocole et accepte de voir la psychologue du service. Il ne lui parlera pas mais ne se forcera pas à vomir. Nous le rencontrons à la fin de l'épisode de vomissements. Nous essayons d'explorer les relations amicales au collège et L. peut nous dire brièvement qu'il n'a pas réellement d'amis car il ne sait pas comment s'en faire. Nous nous

questionnons sur un potentiel harcèlement réfuté par Luc. Néanmoins il y a un évitement du regard lors de ces questions. L'élaboration reste très superficielle toutefois Luc ne déclenche pas de vomissement. Devant les difficultés d'élaboration en entretien individuel et les difficultés d'interaction avec les pairs, il est proposé l'inclusion dans un groupe au CMP pour travail des habilités sociales et enclenché des soins psychiatriques. Luc accepte assez facilement. Après avoir fait le lien avec le CMP pour l'organisation des soins, nous rencontrons l'adolescent et sa maman, qui sont tous les deux d'accord pour la prise en charge groupale, qui débutera en juillet après un rendez-vous mi-juin avec l'équipe du CMP. Luc semble plus détendu et nous regarde lorsqu'il nous serre la main, ce qui n'était pas le cas avant. A ce jour, il n'a pas été de nouveau hospitalisé en pédiatrie et est assidu aux rendez-vous CMP.

Sur le plan institutionnel, Luc a mis en difficulté l'équipe de pédiatrie. En effet les professionnels ne savaient quelle attitude adopter face à cet adolescent refusant les soins mais présentant des symptômes criants de mal-être. Il était très important pour les équipes de préciser la conduite à tenir en cas de refus, ces refus étant généralement manifesté par des hypersalivations ou des vomissements provoquant des contre-transferts négatifs de la part de l'équipe infirmière et médicale. La répétition des hospitalisations sans amélioration était très compliquée pour les équipes, instaurant des sentiments d'impuissance.

La répartition des épisodes en fonction des pathologies retenues à l'analyse des courriers de sortie est résumée dans la figure 9 et la répartition filles-garçons en fonction de la pathologie retenue après hospitalisation est produite en figure 10.

Figure 9. : Histogramme des pathologies retenues en pourcentage d'épisode.

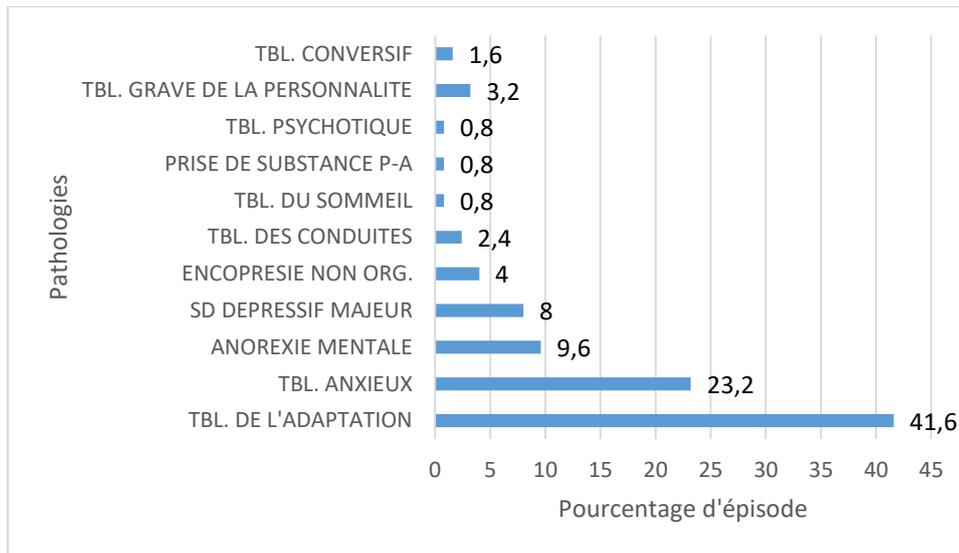
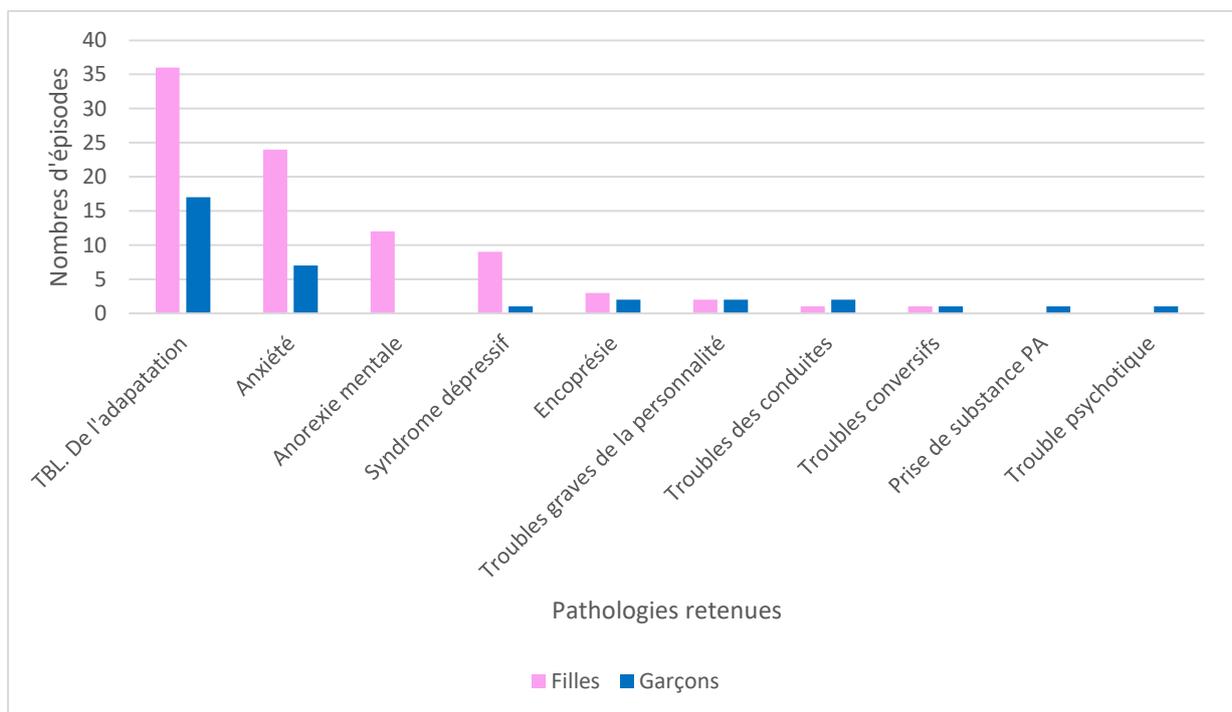


FIGURE 10 : Histogramme du sex-ratio en fonction de la pathologie retenue après hospitalisation.



D) Prise en charge en hospitalisation

1) Durée d'hospitalisation

La médiane de la durée d'hospitalisation pour ces patients est de 4 jours, les durées s'échelonnant de 43 jours à 2 jours et la moyenne est de 4,8 jours. Par soucis d'éviter la confusion avec les hospitalisations de courte durée, les hospitalisations de 1 jour ne sont pas comptabilisées dans les hospitalisations mais dans les hospitalisations de courte durée (UHCD).

2) Soins pendant le séjour

Protocole adolescent

Lors de l'hospitalisation, les enfants et adolescents doivent respecter, dans le cadre du « protocole adolescent », des règles de vie : heure commune de lever et de coucher, repas pris en commun, assister au temps d'école à l'hôpital le matin et aux activités créatives l'après-midi, horaires de visites restreints. (annexe 1)

Un interne de pédiatrie passe au moins tous matins pour suivre le déroulement de l'hospitalisation, évoquer les questions somatiques (repas, sommeil, douleurs).

Consultations psychologue attachée au service et pédopsychiatre de liaison

80,8 % des enfants et adolescents hospitalisés (101 épisodes) pour un motif psychiatrique ont rencontré au moins une fois la psychologue du service. Le nombre de consultation n'est pas disponible dans le dossier médical.

31,20 % (39 épisodes) ont bénéficié d'au moins une consultation pédopsychiatrique. Le nombre de consultation n'est pas disponible dans le dossier médical.

17.6 % (22 épisodes) ont rencontré à la fois la psychologue et le pédopsychiatre de liaison.

4 % (5 épisodes) n'ont rencontré ni le psychologue ni le pédopsychiatre. Pour 3 épisodes il existait un refus de l'enfant d'entretien. Les 2 épisodes restant concernaient une agitation chez un enfant autiste non verbal, par ailleurs déjà suivi, ne nécessitant pas d'avis.

L'assistante sociale a rencontré les enfants et les parents dans 8,80 % des cas (11 épisodes).

Traitement

Sur les 125 hospitalisations, un traitement a été instauré pour 18 d'entre eux soit 14,4%. Pour 2 épisodes le traitement était un antidépresseur de type IRS, pour 12 épisodes le traitement consistait en une prescription d'anxiolytique (Hydroxyzine®) *si angoisse ou difficultés d'endormissement* et pour 4 épisodes le traitement reposait sur un neuroleptique sédatif (Cyamémazine) en cas d'agitation. Le traitement par antidépresseurs est poursuivi à la sortie pour les 2 épisodes. Le traitement anxiolytique est prescrit à la sortie pour 8 épisodes et le neuroleptique est continué dans 1 épisode. Le traitement est donc reconduit à la sortie pour 8,8 % des enfants hospitalisés.

E) Orientation à la sortie

A la sortie d'hospitalisation, plusieurs types de prise en charge sont proposés en fonction de la pathologie, de l'existence d'un suivi antérieur et de l'accord des parents. (Figure 7).

1) CMP

49,60 % (62 épisodes) des enfants hospitalisés sont adressés au CMP à la sortie. Il est proposé un rendez-vous le jour de la sortie pour 29 % d'entre eux. Les autres reçoivent les coordonnées pour prendre rendez-vous par eux-mêmes.

2) Psychologue du service

La psychologue propose un suivi pour 28 % des enfants hospitalisés (soit 35 épisodes), qui peut se poursuivre quelques mois en fonction des soins nécessaires.

3) Psychologue extérieure

18 % des enfants reçoivent l'indication de poursuivre les soins avec un psychologue extérieur. Tous ces enfants étaient déjà suivis soit par un psychologue libéral soit par un psychologue du service d'aide sociale à l'enfance.

4) Maison des Adolescents

Une orientation MDA a été proposée pour 1.60 % des hospitalisés (2 épisodes).

5) Suivi en addictologie

Une consultation avec une infirmière d'addictologie a été proposé pour 2,40 % des hospitalisés (soit 3 épisodes).

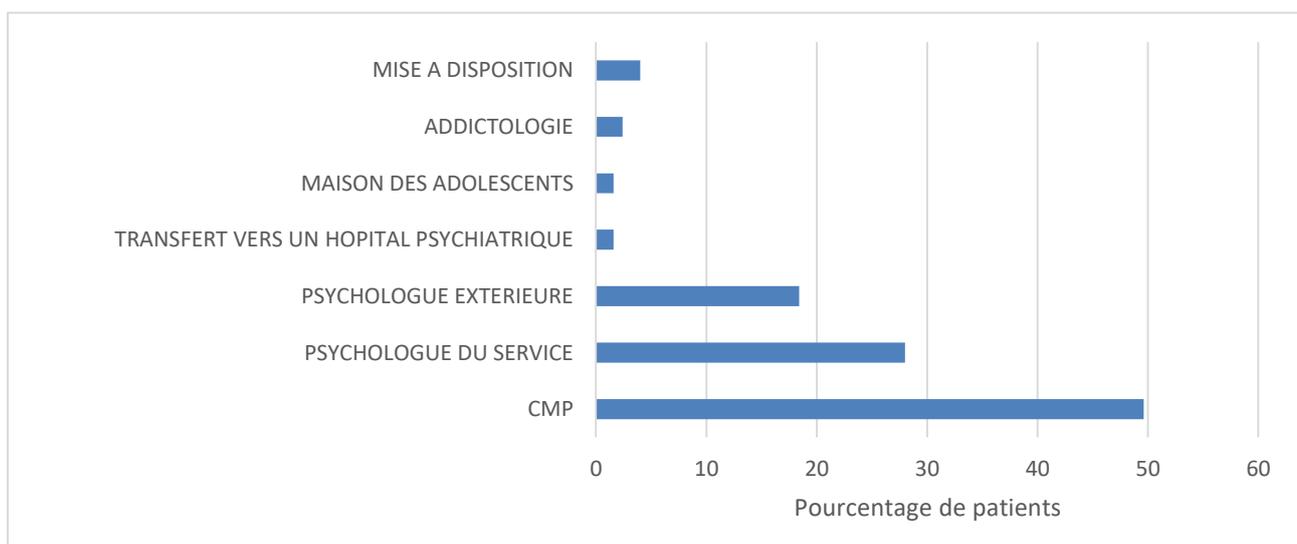
6) Transfert vers un hôpital pédopsychiatrique

1,60 % des hospitalisés (2 épisodes) ont été transférés vers un hôpital pédopsychiatrique pour prise en charge adaptée.

7) Mise à disposition

Une mise à disposition a été proposée pour 4 % des hospitalisés (5 épisodes) avec conseils de consultation en cas de récurrence ou apparition de signes de gravité.

Figure 10 : Répartition des enfants selon l'orientation à la sortie d'hospitalisation



DISCUSSION

I. VALIDITE DE L'ETUDE

La validité d'une recherche repose sur « la capacité des instruments à apprécier effectivement et réellement l'objet de la recherche pour lequel ils ont été créés » (Wacheux, 1996)(83). Elle se décompose en validité du construit, validité interne et validité externe (Yin, 1989, cité par Ayerbe et Missonier, 2007) (84). La validité du construit vise à caractériser les concepts étudiés pour que le chercheur définisse les points observés et les méthodes adéquates (Ayerbe et Missonier, 2007) (84). La validité interne questionne sur la fiabilité des résultats retrouvés dans l'étude. La validité externe intéresse la généralisation de ces résultats.

A) Les limites de notre étude

1) La validité interne

a) Le type d'étude

Cette étude est une enquête rétrospective quantitative s'intéressant à la quantification de la population des enfants et adolescents consultant aux admissions aux urgences pédiatriques pour un motif psychiatrique puis ceux ayant été hospitalisés en service de pédiatrie générale. Il existe donc un facteur humain non négligeable pouvant impacter l'exactitude des données, les données étant parfois partielles ou absentes des dossiers et les diagnostics comportant une part de subjectivité.

b) Le recueil de données

Biais d'attrition

Le recueil des données via le Département d'Informatique Médicale (DIM), sur la base d'une recherche par diagnostics CIM-10, a permis l'établissement de la liste des enfants et adolescents ayant consulté aux urgences et ayant été hospitalisés. Néanmoins il est à noter, que 62 patients n'apparaissaient pas dans la liste transmise par le DIM, ces patients étant retrouvés dans la liste établie à partir du cahier d'admission. Se pose donc la question d'un biais d'attrition par non cotation du diagnostic et donc d'une perte de donnée possible pour les patients non passés aux urgences.

Lors du recueil de données, une perte de donnée a pu avoir lieu lors de l'élimination des hospitalisations de 1 jour, comptabilisées comme UHCD. Il peut exister un biais de classement pour ces hospitalisations courtes mais non répertoriées comme telles dans le cahier tenu par les urgences précisant l'orientation des enfants, ainsi qu'un biais d'attrition par perte de données.

Biais de classement

Il existe également un biais de classement puisque le diagnostic CIM-10 dépend de l'appréciation faite par le médecin des symptômes, étayé par une classification qui peut être sujette à interprétation. De plus, nous constatons une importante proportion des diagnostics généralistes, accentuant ce biais de classement.

Afin de limiter ce biais, nous avons étudié manuellement les dossiers des urgences et les courriers de sortie des enfants et adolescents hospitalisés. Toutefois, certains dossiers des

urgences comportaient de nombreuses données manquantes ou étaient indisponibles lors du recueil et ont donc dû être exclus.

L'étude des courriers de sortie d'hospitalisation a permis d'extraire avec plus de précision les diagnostics. Il persiste néanmoins un biais de classement par l'interprétation des symptômes qu'à retranscrit le médecin dans le courrier.

2) Validité externe

Comparabilité de la population étudiée

Notre étude s'intéresse à un centre hospitalier périphérique, limitant donc la taille de l'échantillon et par là, la puissance de l'étude. Pour éviter tout biais en lien avec un caractère saisonnier, nous avons choisi de réaliser cette étude sur une durée de un an.

Si notre étude présente un échantillon de patient modeste, nous avons pu constater que la population étudiée était dans des proportions proches de celle étudiée dans plusieurs études et notamment dans celle de Podlipski et al. (2014)(66) qui s'intéresse également à la population d'enfants et d'adolescents pris en charge en pédiatrie.

Nous retrouvons que la proportion d'enfants et d'adolescents de moins de 16 ans ayant consulté les urgences pour un motif psychiatrique est de 1.25 % des consultations totales des enfants de moins de 16 ans. Dans son étude, Podlipski et al. (2014)(66) retrouvent les enfants et adolescents de moins de 16 ans ayant consulté aux urgences pédiatriques pour un motif psychiatrique représentent 1% des consultations totales.

Nous retrouvons que la proportion d'adolescente de plus de 12 ans est 4.3 fois supérieure à celle des moins de 12 ans. Ce chiffre est proche de celui avancé par une étude réalisée à Nice qui note que les urgences psychiatriques sont plus de cinq fois plus nombreuses chez les adolescents que chez les moins de 12 ans. (Velin et al., 2001) (72). Ce chiffre est confirmé par Podlipski et al. (2014)(66).

Toutefois notre étude retrouve un sex- ratio légèrement plus élevé en faveur des filles que dans les études précédentes soit un sex-ratio de 0.51. Podlipski et al. (2014)(66) retrouvent un sex-ratio de 0,45, les filles sont donc légèrement majoritaires. Ceci est confirmé par de nombreuses études (Fombonne, 2005 (74) ; Goldstein et Horwitz, 2006 (75) ; Healy et al., 2002 (65)).

Enfin le calendrier scolaire rythme les admissions aux urgences. Dans notre étude, nous retrouvons 35,5 % des consultations au premier trimestre, 26,4 % entre mai et août et 38,1 % entre septembre et décembre. Comme l'ont constaté également Podlipski et al. (2014)(66), il existe un taux moindre d'admission durant les vacances scolaires d'été avec un rebond à la reprise scolaire. Ce qui questionne sur l'impact du scolaire dans la recrudescence des troubles chez l'enfant et l'adolescent.

La comparabilité des résultats entre les différentes études reste cependant compliquée du fait de plusieurs paramètres, comme l'ont montré Chatagner et Raynaud (2013) (67) dans une revue de littérature sur le sujet des admissions aux urgences des enfants et adolescents présentant un motif psychiatrique.

Biais de confusion : l'âge

Les différentes études traitant de la question des admissions pour motifs pédopsychiatriques ne s'accordent pas toutes sur l'âge de recrutement. Blondon et al. (2007)(68) prennent en compte un âge de 0 à 18 ans, de même que Podlipski et al. (2014)(66) et Santiago et al., 2006(85). Kennedy et al. (2009)(77) considèrent un âge compris entre 8 et 17 ans tandis que Stewart et al. (2006)(86) ont inclus les adolescents entre 12 et 18 ans.

Notre étude s'est intéressée aux enfants et adolescents entre 0 et 16 ans, 16 ans étant la limite d'âge de prise en charge aux urgences pédiatriques à l'hôpital de Boulogne sur Mer.

Biais de recrutement

Il existe relativement peu d'étude sur l'accueil des enfants et adolescents admis pour un motif psychiatrique aux urgences pédiatriques à proprement parler. De plus, il existe, selon les secteurs, des services d'accueil pédopsychiatriques rattachés à la pédiatrie ou non, qui reçoivent des populations comparables. Toutefois, lorsqu'il existe des urgences pédopsychiatriques ou psychiatriques identifiées, il peut exister un biais de recrutement, la population consultant ayant déjà identifié comme le motif de consultation comme psychiatrique. Elles bénéficient en outre d'une équipe formée à recevoir des jeunes en souffrance ce qui peut modifier la prise en charge et l'orientation.

De plus les échantillons étudiés sont de taille hétérogène : 104 patients pour Healy et al., 2002(65) à 12 589 patients pour Newton et al., 2009(76).

Biais de classement : le diagnostic

Selon les études, les classifications utilisées, posant le cadre diagnostique, sont différentes. Tandis que nous utilisons en France la CIM-10, les Etats-Unis utilisent la classification DSM-IV ou 5 selon la date de parution des études. Il existe entre les deux classifications des nuances qui peuvent modifier le classement des pathologies.

Par ailleurs, tout codage diagnostique suppose une subjectivité du médecin dans l'interprétation des symptômes, malgré des descriptions précises.

Enfin, selon les modalités d'accueil, le diagnostic peut être posé soit par un pédiatre, soit par un psychiatre, soit par un pédopsychiatre. Les pédiatres, pour des raisons évidentes, étant moins familiers que les psychiatres et pédopsychiatres des subtilités des différents diagnostics, il peut exister un biais soit par méconnaissance des diagnostics soit par utilisation d'un diagnostic généraliste et peu donc peu précis. Les diagnostics émis par les pédiatres, pédopsychiatres et psychiatres peuvent donc être différents pour un même patient, ce qui peut engendrer un biais de classement. Nous constatons dans notre étude qu'il existe un grand nombre de diagnostics généralistes codés selon la CIM-10 comme «Autres maladies et troubles mentaux de l'enfance, niveau 1 » (24 % des épisodes) à la sortie d'hospitalisation et « trouble émotionnel de l'enfance et de l'adolescence » (43.01 % des épisodes) après passage aux urgences.

B) Apports de l'étude

Si de plus en plus d'études s'intéressent à l'accueil aux urgences des enfants et adolescents présentant une problématique psychiatrique, il existe très peu d'études ayant étudié en détail les prises en charge lors des hospitalisations en service de pédiatrie. Nous avons pu répertorier l'étude de Giraud et al., 2013 (87) concernant la prise en charge des adolescents hospitalisés pour une tentative de suicide.

Notre étude apporte donc, en plus de données concernant les urgences alimentant celles émises par d'autres études, des données précises sur la prise en charge thérapeutique des enfants et adolescents hospitalisés en service de pédiatrie générale ainsi que sur les modalités de suivi proposées. Les différentes pathologies des enfants et adolescents hospitalisés sont également analysées de façon minutieuse par l'examen des dossiers et courriers de sortie.

Ces données peuvent donc servir de socle à d'autres études similaires, dans une logique de comparaison des résultats. Ce travail peut également permettre d'ouvrir la question de l'analyse des prises en charges proposées aux enfants et adolescents hospitalisés en service de pédiatrie dans une finalité d'amélioration des pratiques.

Par ailleurs, il a été mis en place en janvier 2017, le protocole VIGILANS, impliqué dans la prévention des récurrences des tentatives de suicide. Une étude future pourrait évaluer l'apport de ce protocole en s'appuyant sur les résultats retrouvés dans notre travail.

II. COMPARAISON DES RESULTATS AVEC LA LITTERATURE

A) Les modes d'admission

Dans notre étude, les enfants et adolescents sont adressés par la famille dans 57,5 % des cas, ce qui est comparable à l'étude de Podlipski et al. (2014)(66) qui retrouve un taux de 51 %, et à celle de Blondon et al. (2007)(68) qui évoque 55,4 %.

L'école via l'infirmière scolaire adressait 6,5 % des enfants et adolescents dans notre étude, de même que pour Podlipski et al. (2014)(66).

Les foyers de L'ASE nous adressaient 17,2 % des patients, ce qui est plus élevé que dans l'étude de Podlipski et al. (2014)(66).

Les pédopsychiatres et psychologue nous adressaient 1,1 % des enfants, ce qui similaire à l'étude de Podlipski et al. (2014)(66) qui retrouve 0,8 %) mais bien inférieur aux données relevées par Blondon et al. (2007)(68) (12,4 %). Ces résultats questionnent sur la qualité des liens des libéraux du secteur avec les urgences et les capacités autre de prise en charge sur le secteurs qui peuvent être privilégiées par les pédopsychiatres et psychologues libéraux.

B) Les motifs de recours aux soins aux urgences

1) Symptômes anxieux

Nous retrouvons dans notre étude les symptômes anxieux comme motif d'admission pour 39.95 % du nombre total d'enfant ayant consulté pour une problématique psychiatrique aux urgences pédiatriques. Ce nombre est sensiblement plus élevé que ceux présentés dans les études (10 % pour Blondon et al., (2007), 2 % pour Santiago et al., et 13 % pour Sullivan et Rivera (Chatagner et Raynaud (2013)(67)).

Nous avons cependant regroupé dans la catégorie « symptômes anxieux » les attaques de paniques, les phobies mais également les plaintes somatiques d'origine anxieuse. Ce regroupement peut être la raison de cette différence puisque nous n'avons pas d'indication dans les études sur les symptômes anxieux précis considérés dans les études comparées.

2) Tentatives de suicide

Notre étude rapporte un taux de tentatives de suicide de 16,13 % chez les enfants et adolescents se présentant aux urgences. Ce chiffre s'inscrit dans les nombres avancés par Blondon et al. (2007)(68) (12 %) et Stewart et al. (2006)(86) (18,7 %).

Les chiffres restent toutefois hétérogènes dans la littérature : 26 % pour Sullivan et Rivera, et jusqu'à 39 % pour Santiago et al.(Chatagner et Raynaud, 2013)(67). Ces différences peuvent s'expliquer par la non différenciation dans certaines études entre tentatives de suicide, idées suicidaires et parfois scarifications, qui peuvent être assimilées pour certains à des équivalents suicidaires. Par exemple El Rhatrif (2011)(60) retrouve un taux de 36,1 % des motifs de consultations pour les tentatives de suicides associées aux idées suicidaires. Lorsqu'il retire les idées suicidaires, ce taux descend à 22,3 % des entrées.

Les moyens utilisés filles et garçons confondus sont à 80 % « ingestion volontaire médicamenteuse ». Pour Chérif et al. (2012)(31), le moyen utilisé est majoritairement

l'ingestion médicamenteuse dans 66,7 % des cas et pour El Rhatrif (2011) (60) ce taux est de 48,7 %.

Nous pouvons expliquer cette différence par le fait que notre étude s'est déroulée dans un centre périphérique ne prenant pas en charge les traumatismes graves comme en cas de fenestration ou de suicide par précipitation, ce qui induit un biais de recrutement. Par ailleurs, la taille modeste de notre échantillon peut être responsable de cette différence.

3) Troubles du comportement

Nous retrouvons un taux de 15,05 % d'admission pour les troubles du comportement, ce qui est comparable avec les résultats produits par Podlipiski et al. (2014)(66) retrouvent un pourcentage 15,3 % pour les adolescents entre 12 et 18 ans consultants aux urgences pédiatriques.

Néanmoins, les chiffres dans la littérature sont très hétérogènes : Chatagner et Raynaud, (2013)(67) évoquent un chiffre de 28 % pour Blondon et al., de 37 % pour Edelshon et al, de 42 % pour Santiago et al et de 51 % pour Sullivan et Rivera. Chatagner et Raynaud (2013)(67) s'interroge sur le diagnostic de troubles du comportement comme diagnostic « fourre-tout » expliquant les chiffres élevés rencontrés dans certaines études.

4) Scarifications

A l'issue de l'analyse, nous dégageons un taux de 10,75 % de motifs d'entrée pour scarifications.

Ce motif d'entrée est peu isolé dans la littérature que nous avons pu étudier. Ces motifs sont fréquemment associés avec les tentatives de suicide.

5) Idées suicidaires

Nous retrouvons un taux de 8,60 % pour les idées suicidaires comme motif d'admission, ce qui est compris entre les résultats avancés par Podlipski et al. (2014) (66) (4,1 %) et El Rhatrif (2011) (60) (13,5 %).

6) Prise de substance psychoactive

Nous notons dans notre étude un résultat de 4,30 % des admissions pour une prise de substance psycho-active. Ces résultats sont comparables à ceux de El Rhatrif (2011)(60) soit 2 %, de Blondon et al. (2007) qui évoquent 3 % et Podlipski et al. (2014)(66) qui retrouvent 6,3 %. Toutefois ce pourcentage est très hétérogène dans la littérature : Sullivan et Rivera avancent un chiffre de 15 %, Edelson et al. de 22 % et Stewart et al. de 47,8 %. (Chatagner et Raynaud (2013)(67)). Les études françaises retrouvent des résultats similaires, nous pouvons donc nous interroger sur l'impact du pays et des organisations des systèmes de soins.

7) Hallucinations et symptômes psychotiques

Le pourcentage d'hallucinations et de symptômes psychotiques retrouvés dans notre étude est de 2,69 %, ce qui est proche des résultats retrouvés par Podlipski et al. (2014)(66) (1,2 %) et Blondon et al., (2007)(68) (6 %). Les symptômes psychotiques ont une part de 4,5 % tous confondus et 2,6 % pour les hallucinations dans le travail d'El Rhatrif (2011)(60).

9) Symptômes dépressifs

Les symptômes dépressifs mentionnés dans le motif d'entrée retrouvés dans notre étude représentent 1,08 %. El Rhatrif (2011)(60) avance le chiffre de 6 %, Podlipski et al. (2014)(66) évoquent un chiffre de 11,7 %, Blondon et al. (2007) un chiffre de 16 %, Santiago et al. un

chiffre de 5 %, et Sullivan et Rivera évoquent le résultat de 31 %. (Chatagner et Raynaud (2013)(67)).

Ces résultats très hétérogènes montrent l'ambivalence de ce motif de recours aux soins. Il est possible que dans de nombreuses études, la mention d'idées suicidaires soit rapprochée des symptômes dépressifs. Dans notre étude nous avons répertorié dans cette catégorie seul les mentions explicites de symptômes dépressif (soit « syndrome dépressif », « dépression »). Cette restriction peut expliquer notre chiffre particulièrement bas.

10) Trouble du comportement alimentaire

Nous retrouvons un chiffre de 1,08 % pour les troubles du comportement alimentaire, proche des données retrouvées par El Rhatri (2011)(60), qui évoque un taux de 2 % des motifs de consultations. Podlipski et al. (2014)(66) amènent un résultat légèrement plus élevé de 6,6 %. Toutefois, tant dans l'étude d' El Rhatri que dans la nôtre, la tranche d'âge étudiée s'arrête à 16 ans, tandis que Podlipski et al. (2014)(66) étudient les adolescents jusque 18 ans. Or les troubles du comportement alimentaires sont plus fréquents dans l'adolescence que dans l'enfant. Notre étude prenant en compte les enfants, le pourcentage est de fait sous-estimé.

C) Les pathologies retenues après passage aux urgences

1) Trouble de l'adaptation

Dans notre étude il existe un fort pourcentage de trouble de l'adaptation (43 % des épisodes). Ce diagnostic est posé pour 3,9 % à 17 % (Stewart et al.), Edelson et al., Santiago et al., Sullivan et Rivera) (Chatagner et Raynaud, 2013)(67). Nous pouvons expliquer ce diagnostic par le fait qu'à la fin de l'hospitalisation le diagnostic est posé par le pédiatre. Bien que recevant beaucoup d'enfant présentant des problématiques psychiatriques, les pédiatres sont moins attentifs aux subtilités des diagnostics psychiatriques de l'enfant. Dans les

courriers de sortie, le diagnostic précis est souvent peu noté au profit d'un diagnostic plus généraliste.

Par ailleurs, l'utilisation d'un diagnostic généraliste est encore plus utilisée par les internes de pédiatries, rédigeant les courriers de sorties pour beaucoup. Les internes de pédiatrie sont moins familiers des différents diagnostics précis et peuvent préférer un diagnostic généraliste qui leur sera, paradoxalement, plus adapté.

Enfin, une donnée reste importante à prendre en compte dans le codage des pathologies : le temps. Pour simplifier le codage, le service de pédiatrie utilise une feuille pré-remplie répertoriant les principaux diagnostics rencontrés. Néanmoins nous pouvons constater que cette feuille ne propose que peu de diagnostics psychiatriques. Il propose seulement les intoxications (médicaments, alcool, toxiques autres) et les diagnostics en lien avec le somatique. Ainsi, il est possible que les pédiatres utilisent des diagnostics en lien avec les grandes catégories nosographiques qu'ils ont mémorisé, sans prendre le temps (qu'ils n'ont souvent pas) d'aller se référer à la CIM-10 pour préciser le diagnostic.

2) Trouble de l'humeur : syndrome dépressif

Nous retenons le diagnostic de syndrome dépressif pour 6 % des cas. Ce diagnostic varie dans la littérature entre 16 % à 36 % des patients (Sullivan et Rivera, Newton et al., Santiago et al., Stewart et al., Edelson et al., Blondon et al.) (Chatagner et Raynaud, 2013)(67).

Notre résultat est particulièrement bas comparé à la littérature. Il est possible qu'il y ait une sous-estimation du syndrome dépressif. Ce type de diagnostic peut être difficile à poser en une seule consultation. El Rhatri (2014) (60) rapporte dans son étude que pour seuls 6,3 % des enfants et adolescents consultants l'ULU, un diagnostic était retenu du fait en partie de la difficulté de poser un diagnostic certain en aigu.

De plus, chez l'enfant la clinique peut évoluer très rapidement et il peut être délétère pour l'enfant et sa famille de poser un diagnostic erroné pouvant l'inclure dans une psychiatisation des difficultés et modifier ses représentations de lui-même et celle de son entourage.

Si nous nous référons au cas de Mario, les symptômes à l'entrée pouvaient faire évoquer un syndrome dépressif majeur (idées suicidaires, anhédonie, repli social, tristesse avec pleurs fréquents, perte de l'appétit...). Néanmoins ces symptômes ont pu s'amender dans les quelques jours de l'hospitalisation avec une prise en charge adéquate. Nous avons conclu à un trouble de l'adaptation en lien avec la relation très fusionnelle avec sa mère et son inquiétude face à ses problèmes de santé. L'hospitalisation avait permis de verbaliser les difficultés et de mettre en mot les non-dits angoissants.

3) Trouble anxieux

Nous retenons le diagnostic de trouble anxieux dans 36 % des cas après passage aux urgences des enfants et adolescents pour un motif psychiatrique. Notre chiffre se rapproche du taux de 32,3 % évoqué par Newton et al. (2009)(76) mais est bien supérieur au taux évoqué par Stewart et al.(2006) qui est de 8,6 % (86). Ces différences peuvent être expliquées par les sous-catégorisations possibles des troubles anxieux. Toutefois, l'étude de Newton et al. a intéressé 12589 enfants et adolescents, ce qui tend à accorder de la valeur à cette donnée.

4) Trouble psychotique

Notre étude retrouve un trouble psychotique dans 2,15 % des cas. Ce taux est similaire à celui retrouvé par Newton et al. (2,3 %) des cas et par Stewart et al. (3,9 %). (Chatagner et Raynaud, 2013)(67).

5) Trouble des conduites ou trouble oppositionnel avec provocation

Le diagnostic de TC ou de TOP est posé pour 2 % des cas selon Stewart et al., pour 20 % selon Santiago et al., pour 24 % selon Sullivan et Rivera et pour 26 % pour Edelson et al.. (Chatagner et Raynaud, 2013)(67). Nos résultats (1,61 % des cas) sont concordants avec ceux de Stewart et al. mais très éloignés de ceux des autres études. Chatagner et Raynaud, (2013) (67) rappellent que l'étude de Sullivan et Rivera a été réalisée dans une structure d'urgence psychiatrique au sein d'un hôpital psychiatrique. Les auteurs évoquent la possibilité d'un biais de sélection dû à la perception du cadre contenant par les partenaires, les amenant à orienter préférentiellement les troubles du comportement.

D) L'orientation à la sortie des urgences

1) Hospitalisation

En pédiatrie

Sur les 186 enfants (épisodes) s'étant présentés aux urgences, une hospitalisation est proposée à 62,37 % d'entre eux et 60,75 % seront effectivement pris en charge dans le service de pédiatrie.

Dans l'étude de Podlipski et al., (2014)(66), où les urgences étaient prises en charge au SAU pédiatriques sans intervention immédiate d'un pédopsychiatre, comme dans notre étude ; il était retrouvé une orientation d'hospitalisation pour 69,7 % des cas.

A l'inverse, Blondon et al. (2007)(68) retrouvent une indication d'hospitalisation immédiate dans 19,7 % des cas. Leur étude se porte sur des consultations d'urgences dans un service de pédopsychiatrie.

Dans l'entre deux Ferrari et Speranza (1999)(78) montrent dans leur étude, portée sur l'évaluation d'une unité d'accueil et d'orientation en urgence au CHU de Bicêtre, qu'une décision d'hospitalisation était portée dans 36 % des cas.

Nous pouvons expliquer les différences importantes constatées par la présence ou non d'une évaluation pédopsychiatrique aux urgences. Nous remarquons que le taux d'hospitalisation est plus que doublé lorsque seul le pédiatre prend la décision d'hospitaliser. Podlipski et al. (2014)(66) font également le constat que le pédiatre non spécialisé préfère hospitaliser l'enfant ou l'adolescent afin de se prémunir d'un risque potentiellement létal.

Les différences peuvent également s'expliquer par la présence ou non de structures ambulatoires permettant une prise en charge rapide sur le secteur. Il existe une disparité des structures d'accueil d'urgence selon le secteur, et en particulier selon la localisation géographique rurale ou urbaine. Le développement des Maisons Départementales des Adolescents (MDA) est une des réponses apportée pour mailler le territoire de lieux accessibles facilement aux adolescents dans le contexte de l'urgence ou de la semi-urgence, les MDA étant à même de proposer des consultations programmées ou non afin de pouvoir permettre au jeune de déposer ses angoisses.

Podlipski et al. (2014)(66) font le constat qu'avec l'ouverture d'une Maison des Adolescents située sur le site du CHU de Rouen et la réorganisation de la prise en charge aux SAU pédiatrique (proposition de consultations pédopsychiatriques post-urgence rapprochées), le nombre de consultations en urgence à diminuer de 10 % et le taux d'hospitalisation de 8 %.

Nous voyons donc l'importance de développer des structures d'accueil adapté dans chaque secteur afin de limiter d'une part les récidives mais également des hospitalisations qui peuvent, pour certains enfants, créer un espace de soulagement dont ils peinent ensuite à se détacher.

Dans notre étude 1,61 % des enfants ont fugué, ce qui est comparable avec le chiffre de 1 % de Blondon et al. (2007)(68).

2) Suivi ambulatoire

L'étude de Blondon et al. (2007)(68) retrouve un taux d'orientation vers un suivi ambulatoire pour 59,9 % des cas et El Rhatrif, (2011)(60) retrouve une orientation vers le secteur ambulatoire proposée pour 67,2 %. Nous retrouvons dans notre étude un taux de 36 % de proposition de soins ambulatoires.

Dans son étude, El Rhatrif (2011)(60) rapporte un taux d'hospitalisation totales de 26 % mais retrouve la présence d'une consultation de post-crise dans 24 % des cas, ce qui peut être une alternative à l'hospitalisation. Dans l'étude de Blondon et al. (2007)(68) on remarque que dans 15,9 % des cas, un rendez-vous de suivi est donné dès la sortie et que le taux hospitalisation est également moindre (19,7 % des cas).

Dans notre étude, seuls 6 % des enfants sortaient des urgences avec un rendez-vous soit avec un pédopsychiatre du CMP soit avec la psychologue du service.

Il conviendra donc d'utiliser cette étude pour développer les consultations post-crise afin de réduire le taux d'hospitalisation.

Il existe peu dans la littérature le détail des propositions de soins ambulatoires tels que l'orientation vers la MDA ou la mise à disposition simple.

E) Prise en charge en hospitalisation

Le détail des prises en charge des enfants et adolescents hospitalisés en pédiatrie pour une problématique psychiatrique est très peu étudié, les études s'intéressant plus aux urgences et aux conditions de sorties. Nous ne pourrions donc comparer l'ensemble de nos données au vu de l'absence d'éléments précis retrouvés dans la littérature.

Durée d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation est très variable selon les études et dépend du dispositif de soin et des relais ambulatoires.

Dans l'étude de Wiss et al. (2004) (88) la durée moyenne hospitalisation en pédiatrie est de 8,69 jours [0 à 115 jours] tandis que la nôtre montre une moyenne de la durée de séjour de 4,8 jours et la médiane de 4 jours [1 à 43 jours]. Nous remarquons une amplitude des durées d'hospitalisation moins importante dans notre étude, ce qui peut s'expliquer par la disponibilité de structures de soins relais.

Pédopsychiatrie de liaison

La particularité de service de pédiatrie que nous avons étudié est que les enfants sont moins vus par l'équipe de liaison dépendant de la pédopsychiatrie, le service ayant une psychologue attachée au service à temps partiel (néonatalogie et pédiatrie générale). Dans notre étude 31 % des enfants et adolescents sont vus par le pédopsychiatre de liaison. Toutefois dans les études que nous avons recensées, nous avons accès au nombre en valeur absolue de consultation de pédopsychiatrie de liaison mais pas au nombre total d'enfant pris en charge en pédiatrie. Nous ne pouvons donc pas comparer ces données.

Indication de traitement médicamenteux

Dans notre étude, un traitement médicamenteux était instauré dans 14,4 % des cas et poursuivi à la sortie dans 8,8 % des cas. Un traitement a donc été proposé pour 46 % des interventions du pédopsychiatre, Wiss et al.(2004) (88) qui retrouvent un chiffre de 30 % des interventions. Notre chiffre est assez élevé car le service disposant d'une psychologue sur place, il existe déjà une sélection des enfants vus en pédopsychiatrie de liaison. Il s'agit des enfants présentant le plus de difficultés et les pathologies psychiatriques telles que les troubles psychotiques ou les syndromes dépressifs majeurs.

Dans notre étude 11 % des prescriptions concernait un antidépresseur (24 % pour Wiss et al.(2004) (88)), 66 % concernait un anxiolytique (75 % pour Wiss et al.(2004) (88)) et 22 % un neuroleptique (6 % pour Wiss et al.(2004) (88)). Toutefois notre échantillon étant de taille réduite, nos résultats concernant les traitements sont à prendre avec prudence, ce qui peut expliquer les différences notamment pour la prescription de neuroleptiques. En valeur absolue 18 enfants ont reçu un traitement instauré par le pédopsychiatre de liaison et seuls 4 ont reçu un neuroleptique.

G) Récidive

Nous constatons un taux de reconsultation aux urgences dans l'année de 10 %. Ce chiffre est assez faible comparé à la littérature : Healy et al. (2002)(65) retrouvent un taux de 25 % et Stewart et al., 2006 (86) un chiffre de 17,7 %.

6% des adolescents ayant fait une TS récidiveront dans l'année, ce taux est de 15 % pour l'étude de Giraud et al. (2013)(87).

Nous avons retrouvé que 10 % des adolescents suicidants reconsultent dans l'année, pour un autre motif (scarifications dans les trois cas). Stewart et al. (2001)(89) retrouvent que 32,6% des adolescents suicidants se présentent à nouveau aux urgences dans les six mois.

Dans notre étude, nous avons considéré les motifs d'entrée psychiatriques. Nous n'avons pas intégré les motifs de consultations autres, et notamment des motifs de consultation somatiques n'ayant pas été codés sur un diagnostic psychiatrique. Ceci explique possiblement le faible taux de reconsultation face aux études qui tiennent compte de tous les motifs de consultation.

Par ailleurs 28 % des enfants et adolescents sortent avec un rendez-vous avec la psychologue du service qu'ils ont rencontré lors de l'hospitalisation. Nous pouvons penser que le maintien du lien initié en hospitalisation et le fait d'avoir une personne physique comme moyen de recours peut faire diminuer les récidives.

Cela ouvre la question de la nécessité de créer un lien avec l'adolescent, un lien physique, comme accroche à des soins. La question de l'initiation d'une alliance thérapeutique est au cœur de la prise en charge des enfants et des adolescents hospitalisés pour une problématique psychiatrique.

III. HOSPITALISATION EN PEDIATRIE : REFLEXION SUR LES LIENS D'ATTACHEMENT ET L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE

Les objectifs attendus d'une hospitalisation sont multiples. Lieu d'écoute neutre et image de lieu réparateur. Dernier recours d'un entourage épuisé qui demande un relais. Séparation du milieu familial ou du lieu d'hébergement lorsque la rupture menace et que l'entourage n'est plus en capacité de contenir les angoisses. Initiation des soins pour réinscrire l'adolescent et son entourage dans une mentalisation des difficultés.

A) L'institution comme figure d'attachement

L'institution hospitalière peut être vue comme un lieu contenant, sécurisant, capable de répondre à tous les problèmes. Selon Bowlby cité par Dupuis (2015) (90), « la recherche de proximité en vue d'obtenir la protection et le réconfort en période de détresse-et la demande d'aide sont des motivations humaines primaires et elles sont, en premier lieu, dirigées vers une figure d'attachement ».

L'institution de soins peut être un lieu de recours naturel dans une situation de crise, et par extension, peut être assimilée à une figure d'attachement. Par une disponibilité et une réponse adaptée à ses besoins, le *caregiver* propose à son enfant une figure de soutien qui permet à l'enfant de faire l'expérience d'une sécurité. L'enfant peut alors accéder à la représentation de lui-même comme digne de soins, et de l'autre comme soucieux et préoccupé par ses besoins. La sécurité interne ainsi obtenue amène l'enfant à pouvoir contenir ses émotions négatives.

Les soins prodigués par les soignants, l'attention portée, l'empathie et l'apport de réponses à l'angoisse peuvent apporter à l'enfant ou l'adolescent en souffrance, n'étant plus en capacité de contenir ni de mentaliser ses angoisses, un soutien et une sécurité interne. Guedeney et al. (2002)(91) expliquent que l'expérience par le patient de la capacité du thérapeute à supporter les émotions intenses avec empathie est en soi thérapeutique.

Toutefois, pour pouvoir accueillir ces émotions négatives, les équipes se doivent d'être elle-même en situation de sécurité interne suffisante. La période de l'adolescence en particulier réactive les liens d'attachement puisque la relation à ses parents, à son environnement se modifie. C'est un moment d'alternance entre extension du lien dans une activité exploratoire et conduites régressives. L'équilibre n'est par définition par possible, l'adolescence étant un processus en avancée constante. Il peut y avoir attaque des liens ou au contraire recherche adhésive auprès des soignants, pouvant désorganiser la relation thérapeutique. Les soignants ayant leurs propres difficultés, ils peuvent être fragilisés par les projections. Quel service ne s'est jamais laissé entraîner dans un clivage entre les soignants où on se rend compte par la suite que la situation est en miroir de celle que vit l'adolescent ?

Kaës (2012) cité par Dupuis (2015)(90) définit l'institution comme un « espace commun dans lequel se rencontrent des subjectivités singulières cherchant à accomplir un but commun mais aussi des désirs individuels ». Chaque soignant possède son passé, ses représentations, ses fragilités. A l'hôpital, toutes ces individualités doivent s'unir dans un projet commun : apporter du soin. Il est du rôle de l'institution de garantir à chacun le respect de ses singularités tout en permettant une cohésion du groupe. Les professionnels au plus près de l'enfant-infirmières, auxiliaires de puériculture, cadre de santé-sont réunis sous le vocable d'équipe. Ils forment un tout. Lorsque la souffrance d'un enfant ou d'un

adolescent vient faire effraction dans cette unité, les liens construits entre les professionnels sont mis à l'épreuve, de la même manière que les liens entre l'adolescent et son entourage souffrent.

Dupuis (2015)(90) associe l'institution hospitalière à une figure d'attachement pour les soignants. Il peut être constaté au sein de certaines équipes des plaintes, des angoisses d'abandon, des attitudes de clivage ou d'identification projective. L'auteur rapproche ces phénomènes des symptômes des patients présentant un attachement inséparable désorganisé. Les demandes d'aides utilisées habituellement ne trouvant pas de réponse adéquate de la part du *caregiver*, d'autres moyens, mêmes inefficients, sont utilisés pour requérir un soutien de la figure d'attachement. Il peut être du rôle du pédopsychiatre de liaison d'apporter un éclairage sur ces phénomènes afin permettre une conscientisation et une résolution des difficultés.

L'institution hospitalière peut donc être vue comme un *caregiver* à la manière de Winnicott. Elle propose un *holding* adapté, un portage institutionnel tant matériel que psychique, ainsi qu'un *object presenting* adéquat par l'apport de solutions au moment opportun. Elle se doit donc d'offrir une disponibilité et un apport de réponses ajustées aux soignants, afin qu'ils puissent faire l'expérience d'un cadre de travail sécurisé. Le travail institutionnel permet une action de pare-excitation et de restitution de la sécurité interne de chacun et donc du groupe.

B) La recherche de l'alliance thérapeutique

Le rôle de l'équipe dans l'évaluation diagnostique

Si les origines de la notion d'alliance thérapeutique remontent à la psychanalyse avec Freud, elle s'est actuellement étendue à toutes les approches psychothérapeutiques. Bordin (1979)(92) propose d'intégrer à la fois les aspects relationnels non spécifiques (« les liens ») et les aspects relationnels techniques (« tâches et objectifs ») au sein d'un seul modèle. Il distingue ensuite trois aspects essentiels pour l'alliance thérapeutique qui sont l'accord sur les buts du traitement (objectifs communs au patient et au thérapeute), l'accord concernant les modalités et les tâches du travail psychothérapeutique entre le patient et le thérapeute, et enfin le développement d'un lien de confiance ajusté aux objectifs définis et au travail thérapeutique.

L'hospitalisation est le temps de l'apaisement mais également de l'évaluation diagnostique, des mobilisations possibles du jeune et de l'entourage. Cette évaluation peut être faite par l'équipe de pédiatrie étayée de l'équipe de liaison pédopsychiatrique. Une évaluation optimale présuppose, au mieux, une attitude ouverte de l'enfant ou de l'adolescent ainsi que sa famille, permettant d'explorer les difficultés et les capacités de contenance. L'alliance est initiée lors du premier entretien aux urgences. Néanmoins l'équipe de pédiatrie joue un grand rôle dans le développement des liens avec l'enfant ou l'adolescent. Il semble que les petits moments informels autour d'un jeu, d'un film ou d'un soin soient tout aussi importants que les entretiens formels. L'enfant peut faire l'expérience à travers ses soins de nursing, au sens large, qu'il est important, digne d'attention, digne d'être écouté. Cela concourt à lui redonner estime de lui-même et ces temps régressifs lui permettent de retrouver une base solide pour ensuite reprendre son processus d'autonomisation et de mentalisation. Les temps informels peuvent également être une manière détournée de travailler sur les difficultés sans passer par le cadre parfois intimidant pour l'enfant d'une consultation avec le médecin, qui peut être

vécu aussi comme «le décideur » ce qui pousse l'enfant ou l'adolescent à contrôler davantage ce qu'il peut dire. Les observations de l'équipe lors de ces temps sont particulièrement utiles dans l'évaluation diagnostique et pronostique.

Le rôle des internes de pédiatrie

Les internes de pédiatrie sont un des premiers au contact de l'enfant puisqu'ils sont les premiers médecins à voir les patients aux urgences. Néanmoins ils sont nombreux à se dire en difficultés avec les enfants et adolescents se présentant et surtout hospitalisés. Le premier entretien aux urgences présente une première difficulté qui peut se résumer dans le « comment » : comment faire avec l'enfant ou l'adolescent, comment aborder telle question, comment obtenir les éléments importants sans aggraver les difficultés. L'inquiétude de soulever une difficulté et ne pas savoir comment apporter une réponse, notamment face aux idées suicidaires ou aux antécédents d'abus sexuels, est une préoccupation majeure des internes que j'ai pu rencontrer lors de mon stage. Ensuite vient le « comment ne pas passer à côté d'un élément de dangerosité ». L'hospitalisation en pédiatrie permet de différer ce risque, ce qui peut expliquer le nombre d'hospitalisation important lorsque seul les internes ou les pédiatres orientent l'enfant. Le positionnement face à l'entourage est également un sujet de questionnement des internes : que doit-on dire à la famille ? Comment éviter une alliance trop criante avec la famille vue par l'adolescent comme une prise de parti et entravant par-là l'alliance thérapeutique avec le patient ?

Concernant l'hospitalisation, nous pouvons constater des embarras des internes face au patient, ce que celui-ci peut bien sûr ressentir. La question de leur rôle en tant qu'interne de pédiatrie face à une pathologie qui sort à priori de leur cadre nosographique et vue comme sortant de leur champs de compétence, reste présente. Ne se sentant pas toujours

compétent et pas légitime pour s'occuper de ces enfants, ils sont nombreux à se centrer sur l'aspect somatique pur, sur des questions qu'ils ont l'habitude de poser. L'inquiétude de « faire pire » ou d'interférer dans le travail mené par la psychologue ou la pédopsychiatre semble également faire partie de leurs préoccupations. Déstabilisés et manquant de ressources concrètes pour savoir comment apporter des soins de qualité à l'enfant, les internes de pédiatrie restent dans un retrait par rapport aux enfants s'occupant surtout du somatique et de l'organisationnel.

L'équipe de liaison pédopsychiatrique est dans une position d'intermédiaire entre la pédiatrie et la psychiatrie. Elle doit établir une relation de confiance avec l'enfant ou l'adolescent pour l'amener à poursuivre des soins si nécessaire mais également avec les équipes pour qu'ensemble ils puissent, en s'appuyant sur les observations de chacun, formuler des hypothèses diagnostiques et de soins. Nous prévoyons de mettre en place à chaque nouveau semestre, un cours destiné aux internes de pédiatrie sur l'accueil des adolescents en souffrance, les bénéfices attendus de l'hospitalisation en pédiatrie et leur rôle dans la prise en charge.

Préparer les soins futurs

Horvath et Symonds (1991)(93) soulignent dans leur méta-analyse le caractère prédictif de l'alliance thérapeutique pour le résultat des psychothérapies. Pour les enfants nécessitant des soins en CMP, il est primordial de développer lors de l'hospitalisation une alliance thérapeutique de qualité avec l'enfant/l'adolescent et sa famille, qui l'amènera aux soins.

La qualité de l'alliance peut être prédictive d'une poursuite ou non de la prise en charge. Healy et al. (2002)(65) ont établi dans une étude, qu'à la suite d'une consultation aux urgences, 80 % des adolescents rentreront en contact avec la psychiatrie mais que à trois mois, seuls 27 % poursuivront les soins. Nous ne disposons pas de chiffres précis quant au

suivi de la prise en charge après une hospitalisation en pédiatrie, néanmoins nous pouvons supposer que la qualité de l'alliance instaurée en hospitalisation par les équipes de liaison peut être le socle sur lequel peuvent se construire les soins futurs.

D'une part car si ces enfants nécessitent des soins plus durables, c'est qu'ils auront peut-être de nouveau recours aux urgences et à la pédiatrie. Il est important de préserver la fonction contenante et rassurante de l'institution pour permettre un accès aux soins précoce.

Une alliance fragile

Par ses difficultés, l'enfant ou l'adolescent en souffrance peut mettre à mal le soignant et par là modifier la qualité de l'alliance thérapeutique et donc les soins prodigués. Caflich et Alvin, (2000)(94) montrent que les problèmes psychiatriques, les comportements agressifs et les problèmes psychosociaux sont vécus par les équipes de pédiatrie comme difficiles à prendre en charge, en comparaison avec les soins somatiques.

Ces troubles posent difficultés sur plusieurs aspects. Tout d'abord ils touchent à l'intégrité psychique et relationnelle (Alvin et al., 2002)(70), ce qui peut trouver une résonance chez le professionnel de santé qui a sa propre histoire. Par ailleurs, il semble exister parfois un sentiment d'échec des équipes en cas de prise en charge longue, comportant des rechutes où l'enfant peut déborder par sa souffrance. Les professionnels de pédiatrie ne disposent pas tous de formation adéquate quant à la prise en charge de ces enfants et adolescents, ce qui peut entraîner des phénomènes d'incompréhension, de cristallisation de difficultés et un sentiment de non légitimité à s'occuper de ces jeunes.

L'équipe de liaison, et en particulier les psychologues ou infirmier « psy » attachés au service de pédiatrie, peut apporter des solutions en termes de médiation, de formation et d'explication des phénomènes se jouant lors de l'hospitalisation. Elle peut aider l'équipe à

dépasser la sidération provoquée par l'angoisse et la culpabilité en encourageant la « mise en sens » des difficultés (Vautier et Gorin, 2015)(95). Enfin, l'absence de structures permettant une prise en charge optimale dans encore de nombreux centres, met en difficulté les équipes qui n'ont pas les moyens matériels de proposer les soins requis.

Les unités adolescences trouvent alors tout leur sens.

C) Perspectives : les unités adolescentes

De plus en plus de centres développent des unités adolescentes afin de prendre en charge la globalité de l'individu. Alvin prône le développement de ces services et évoque la nécessité d'avoir des « médecins de l'adolescent » prenant en charge ces unités. Il définit la médecine adolescente comme une discipline basée sur « une approche globale, biopsychosociale, inscrite au sein même de la relation de soins » (Alvin et al., 2002)(70).

Ces unités répondent à la volonté d'une circulaire de 1998 qui prône l'amélioration dans les conditions d'hospitalisation des adolescents.

De Tournemire et al. (2016)(80) décrivent des unités « ado » où la « place du corps est centrale sans que le pédiatre soit stricto-sensu un somaticien ». La prise en charge est alors multidisciplinaire et il est travaillé des liens entre la médecine intra-hospitalière et extrahospitalière dans une logique de prise en charge de l'adolescent dans toute sa personne.

Le médecin de l'adolescent et l'équipe de liaison de pédopsychiatrie peuvent avoir ce rôle de lien entre corps et psyché en formant les équipes et les futurs médecins à une prise en charge au-delà des dichotomies somatique/psychiatrie. Une meilleure formation des professionnels intervenant dans ces unités peut permettre aux soignants d'accueillir avec plus de facilité les souffrances de ces jeunes et d'avoir plus « d'outils » thérapeutiques à proposer. Expliciter

leur rôle, entendre leurs questionnements, leurs difficultés pour ensemble créer un espace thérapeutique commun sécuritaire tant pour le patient que pour les soignants.

.Les internes de pédiatrie du service de Boulogne ont déjà pu évoquer leur impression que « l'on ne fait rien » auprès des enfants hospitalisés pour un motif psychiatrique. La question des améliorations concrètes, rapides et visibles telles que fièvre qui régresse avec l'antibiotique, est permanente. Nous pouvons imaginer que cela renvoie les internes à leur culpabilité de ne pas être en capacité d'être complètement dans le soin avec ses enfants. Il n'y a pas moins de temps consacré aux enfants en souffrance à travers les temps informels avec l'équipe, les consultations psychologiques ou psychiatriques. Néanmoins, ces temps et les améliorations qui en découlent sont moins évidents et moins quantifiables qu'un paramètre biologique ou clinique.

Les unités d'adolescents peuvent être également une réponse à ces impressions. Notre unité répond déjà à certaines recommandations sur la construction des unités d'adolescents proposées par (79) (salle commune de repas et d'activité, présence d'enseignants et de bénévoles rythmant la journée, contrat de soins à l'entrée avec cadre contenant). Il pourrait toutefois être intéressant de créer une unité annexe au service où les adolescents pourraient être entre eux, étayé d'un éducateur et d'une infirmière en journée sur le modèle de plus en plus de service tels que « l'espace ado » du Centre hospitalier de Dunkerque ou le service adolescent de l'Hôpital Saint-Vincent à Lille.

CONCLUSION

L'hospitalisation en pédiatrie apparaît comme une alternative entre l'hospitalisation en service de pédopsychiatrie et soins ambulatoires. Nous avons pu montrer, à l'instar d'autres études s'étant intéressées à l'accueil en pédiatrie des enfants et adolescents en souffrance psychique, que la proportion entre adolescents et enfant était très largement en faveur des adolescents (proportion des 12-16 ans plus de quatre fois supérieure à celle des 0-11 ans). Par ailleurs, nous avons noté que la proportion d'hospitalisations en pédiatrie est élevée (61 %), proportionnellement au nombre d'enfants et d'adolescents se présentant aux urgences pour une problématique psychiatrique, lorsqu'elles se font à partir d'urgences pédiatriques sans présence continue d'un pédopsychiatre. Notre étude retrouve une part importante des pathologies de « l'agir » aux urgences : tentatives de suicide (16 % des motifs de consultations aux urgences), troubles du comportement (15%), scarifications (11 %) et idées suicidaires (8,6 %). En hospitalisation, nous retrouvons que le diagnostic de trouble de l'adaptation est fréquemment retenu (41,6 %). Ces résultats justifient l'orientation en pédiatrie plutôt qu'en service d'hospitalisation de pédopsychiatrie compte tenu de la part des troubles réactionnels.

Peu de données sont disponibles dans la littérature concernant les modalités précises de prise en charge de ces enfants et adolescents en service de pédiatrie générale. Notre étude apporte donc des éléments de comparaison à de futurs travaux tels que la proportion d'enfants et d'adolescents pris en charge par la psychologue du service, par le pédopsychiatre de liaison, par l'assistante sociale ainsi que les traitements médicamenteux mis en place.

Elle montre également que la part des hospitalisations d'enfants et d'adolescents en souffrance psychique est relativement faible proportionnellement aux hospitalisations somatiques puisqu'elles concernent un peu moins de 6 % des hospitalisations tous motifs confondus.

Néanmoins ces hospitalisations sont vécues comme difficiles et chronophages par les équipes de pédiatrie ce qui conduit à une surévaluation du nombre d'enfant accueillis, traduisant une insécurité de l'équipe, qui doit être améliorée par le travail institutionnel.

Le développement des unités adolescent apparaît comme une solution pouvant permettre un travail global autour de l'adolescent, multidisciplinaire, soutenu par des équipes formées dans un lien de partenariat solide entre psyché et soma.

Enfin, nous espérons que cette étude permettra d'initier un travail d'analyse des pratiques et d'efficacité d'un dispositif de soins tels que le protocole VIGILANS développé par le CHRU de Lille pour diminué le risque de récurrence suicidaire, mis en place dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer depuis janvier 2017.

BIBLIOGRAPHIE

1. Piaget J. Les stades du développement intellectuel de l'enfant et de l'adolescent. PUF; 1956.
2. Marcelli D, Cohen D. Enfance et psychopathologie. [Texte imprimé] [Internet]. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, DL 2012.; 2012. (Collection Les âges de la vie). Disponible sur: <http://doc-distant.univ-lille2.fr/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=cat04218a&AN=lille.230799&lang=fr&site=eds-live&scope=site>
3. Golse B. Le développement affectif et intellectuel de l'enfant: compléments sur l'émergence du langage. Elsevier Masson; 2011.
4. Bullinger A. le Développement sensori-moteur et ses avatars: un parcours de recherche après Piaget. Ramonville-St-Agne Érès. 2004;
5. Mouren-Siméoni M-C, Vila G, Vera L, Mouren-Siméoni M-C. Troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent. Maloine; 1993.
6. Heyman I, Fombonne E, Simmons H, Ford T, Meltzer H, Goodman R. Prevalence of obsessive—compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. Br J Psychiatry. 2001;179(4):324-9.
7. DSM5 [Internet]. [cité 21 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/dsm5>
8. de la Santé HA. Autisme et autres troubles envahissants du développement: interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent. Paris HAS. 2010;
9. Mannion A, Leader G. Comorbidity in autism spectrum disorder: A literature review. Res Autism Spectr Disord. 2013;7(12):1595-616.
10. Duche DJ. Les conduites suicidaires de l'enfant. Psychol Médicale. 1987;19(10):1771-2.
11. Mishara BL. Conceptions of death and suicide in children ages 6–12 and their implications for suicide prevention. Suicide Life Threat Behav. 1999;29(2):105-18.
12. Delamare C, Martin C, Blanchon Y-C. Tentatives de suicide chez l'enfant de moins de 13 ans. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2007;55(1):41-51.
13. Dépression [Internet]. [cité 21 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/depression>
14. Chambry J. Trouble déficit de l'attention-hyperactivité de l'enfant et l'adolescent: du diagnostic à la prise en charge. In: Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. Elsevier; 2006. p. 613-9.
15. Cantwell DP. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1996;35(8):978-87.
16. CISMef. CISMef [Internet]. [cité 17 sept 2017]. Disponible sur: http://www.chu-rouen.fr/page/detail/fr/CIM_CA_F91
17. Collective E. Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. 2005;

18. Gasman I, Allilaire J-F. Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. Elsevier Masson; 2009.
19. Ducasse D, Denis H. Peurs nocturnes pathologiques de l'enfant: particularités cliniques et thérapeutiques efficaces. *L'Encéphale*. 2015;41(4):323-31.
20. Muris P, Merckelbach H, Ollendick TH, King NJ, Bogie N. Children's nighttime fears: parent-child ratings of frequency, content, origins, coping behaviors and severity. *Behav Res Ther*. 2001;39(1):13-28.
21. Cornwall E, Spence SH, Schotte D. The effectiveness of emotive imagery in the treatment of darkness phobia in children. *Behav Change*. 1996;13(4):223-9.
22. Le Breton D. Spécificités adolescentes des troubles de comportement. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2013;61(7-8):417-21.
23. Marcelli D, Mezange F. Repeated accidents in the adolescent. Anxiety and depressive disorders, and associated behavioral risk factors. *Neuropsychiatr ENFANCE Adolesc*. 2000;48(3):163-74.
24. Speranza M, Laudrin S, Guillemet I, de Guillenchmidt C, Jallade C, Epelbaum C. Urgences et intervention de crise en psychiatrie infanto-juvénile. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1 déc 2002;50(8):562-7.
25. Marcelli D, Braconnier A. L'adolescence aux mille visages. Paris Odile Jacob. 1998;
26. Jeammet P. De l'enfant à l'adulte: continuité et discontinuité de la pathologie psychiatrique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2013;61(4):205-8.
27. Boudailliez B, Perrin I, Alvin P. Les adolescents aux urgences hospitalières : usage et messages. *Arch Pédiatrie*. 2001;8(Supplément 2):476-8.
28. OMS | Suicide [Internet]. WHO. [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/suicide/fr/>
29. Peyre H, Hatteea H, Rivollier F, Consoli A. Tentatives de suicide chez les adolescents français de 17ans: données de l'étude ESCAPAD 2008. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2014;62(1):22-7.
30. De Tournemire R. Suicides et tentatives de suicide à l'adolescence.«Données épidémiologiques: comment s'y retrouver?». *Arch Pédiatrie*. 2010;17(8):1202-9.
31. Chérif L, Ayedi H, Sahnoun F, Walha A, Moalla Y, Reikik N, et al. Psychopathologie des tentatives de suicide chez les adolescents. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2012;60(6):454-60.
32. Pino E. P. AlvinL'envie de mourir, l'envie de vivre—un autre regard sur les adolescents suicidants2011Éditions Doin. Elsevier; 2013.
33. DE SUICIDE AAUT. PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE DES ADOLESCENTS APRÈS UNE TENTATIVE DE SUICIDE. 1998;
34. Picherot G, Dufilhol-Dreno L, Amar M, David V, Vabres N, Guyot C. Agitation du grand enfant et de l'adolescent à l'urgence: Formes cliniques, signes diagnostiques, explorations à entreprendre en urgence, spécificités thérapeutiques. *J Eur Urgences*. 2003;16(2):227-32.
35. Delvenne V, Raynaud E. Articulation du travail entre les urgences et l'unité d'hospitalisation des adolescents.: Evaluation après un an de fonctionnement. 1993;
36. Swanson JW, Holzer CE. Violence and ECA data. 1991;

37. Duverger P, Guedj-Bourdiau M-J, Braconnier A. Crise et urgence à l'adolescence. [Texte imprimé]. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, DL 2013, cop. 2013.; 2013. (Les Âges de la vie).
38. Guedj-Bourdiau M-J. Urgences psychiatriques. Elsevier Masson; 2011.
39. Alvin P, Marcelli D. Médecine de l'adolescent. Elsevier Masson; 2005.
40. Gould MS, Greenberg TED, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(4):386-405.
41. Tuisku V, Pelkonen M, Karlsson L, Kiviruusu O, Holi M, Ruutu T, et al. Suicidal ideation, deliberate self-harm behaviour and suicide attempts among adolescent outpatients with depressive mood disorders and comorbid axis I disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006;15(4):199-206.
42. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(11):1427-39.
43. Jeammet P. Anorexie, Boulimie-Les paroles de l'adolescence. Fayard/Pluriel; 2011.
44. Vidailhet M, Kabuth B, Kermarrec S, Feillet F, Vidailhet C. Prise en charge nutritionnelle des troubles du comportement alimentaire chez l'adolescent. *Nutr Clin Métabolisme*. 2005;19(4):247-53.
45. Godart NT, Perdereau F, Jeammet P, Flament MF. Comorbidité et chronologie d'apparition des troubles anxieux dans les troubles du comportement alimentaire. In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier; 2003. p. 498-503.
46. Mille C, Boudailliez B. La plainte somatique à l'adolescence: de la douleur à la souffrance, plaidoyer pour une double lecture. *Arch Pédiatrie*. 2012;19(6):H274-5.
47. Kozłowska K, Nunn KP, Rose D, Morris A, Ouvrier RA, Varghese J. Conversion disorder in Australian pediatric practice. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(1):68-75.
48. Stalin V, Mirkovic B, Podlipski M-A, Lasfar M, Gayet C, Marguet C, et al. Devenir des troubles de conversion chez les enfants et adolescents. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2015;63(3):192-200.
49. Auxéméry Y, Hubsch C, Fidelle G. Crises psychogènes non épileptiques. *Revue de la littérature. L'Encéphale*. 2011;37(2):153-8.
50. Corcos M, Speranza M, Clervoy P, Jeammet P. Approche psychopathologique des psychoses aiguës de l'adolescent. *Confront Psychiatr*. 2002;43:277-300.
51. McGorry PD, McFarlane C, Patton GC, Bell R, Hibbert ME, Jackson HJ, et al. The prevalence of prodromal features of schizophrenia in adolescence: a preliminary survey. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;92(4):241-9.
52. PASCAL JC, COLDEFY M, GUELFY JD, ROUILLON F. Le secteur de psychiatrie. In: *Manuel de psychiatrie 3e édition*. Issy les Moulineaux: Elsevier Masson; 2017. p. 762-5.
53. Zumbrennen R, Fauchère P-A. Psychiatrie de liaison: consultation psychiatrique à l'hôpital général. Masson; 1992.
54. Coldefy M, Fur PL, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. Une mise en perspective de l'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale, Review of current health care in the general psychiatry sectors and of access to general medicine. *Prat Organ Soins*. 1 déc 2011;40(3):197-206.

55. Lim IS, Garnier B, Dauriac-Le Masson V, Fortias M, Contejean Y. Caractéristiques d'une population adolescente en fonction de son lieu de consultation: comparaison entre un service de psychiatrie adulte et un service de psychiatrie infanto-juvénile. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2013;61(1):1-7.
56. Malvy J, Bergoënd M. Urgences psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent. [Texte imprimé] [Internet]. Paris : Maloine, 2010.; 2010. (Guide Poche). Disponible sur: <http://doc-distant.univ-lille2.fr/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=cat04218a&AN=lille.210366&lang=fr&site=eds-live&scope=site>
57. COLFEDY M, SALINES E. Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000: évolutions et disparités. *DREES Etudes Résultats.* 2004;341:11.
58. Welniarz B, Medjdoub H. L'hospitalisation temps plein en psychiatrie infantojuvénile: un état des lieux. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2007;55(7):401-6.
59. Richard Y, Saint-André S, Porchel G, Lazartigues A. Hospitalisation en pédopsychiatrie : description et évolution d'une unité. *Arch Pédiatrie.* 1 avr 2010;17(4):446-51.
60. Koener B, Deschietere G, de Becker E. Les urgences pédopsychiatriques aux cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles: état des lieux et pertinence de la création de lits de crise. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2015;63(7):482-9.
61. Lenoir P, Maloy J, Desombre H, Abert B, Taleb MO, Sauvage D. La psychiatrie de liaison en pédiatrie: ressources et contraintes d'une collaboration interdisciplinaire. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2009;57(1):75-84.
62. Gérardin P. Liens et liaison en pédopsychiatrie. Préventions et soins dans la pathologie du lien. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2009;57(6):452-5.
63. Medjkane F, Vallée L, Delion P. Pédopsychiatrie de liaison : une position de l'entre-deux ? *Arch Pédiatrie.* 1 mars 2010;17(3):209-10.
64. Benoit J-P, Smadja R, Benyamin M, Moro M-R. Construire une relation de soins avec les adolescents. Qu'apporte le nouveau dispositif des Maisons des adolescents? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2011;59(2):86-93.
65. Healy E, Saha S, Subotsky F, Fombonne E. Emergency presentations to an inner-city adolescent psychiatric service. *J Adolesc.* 2002;25(4):397-404.
66. Podlipski M-A, Peuch A-C, Belloncle V, Rigal S, Grall-Lerosay M, Castanet M, et al. Accueil en urgence des adolescents pour motif pédopsychiatrique. *Arch Pédiatrie.* 1 janv 2014;21(1):7-12.
67. Chatagner A, Raynaud J-P. Adolescents et urgences pédopsychiatriques : revue de la littérature et réflexion clinique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 janv 2013;61(1):8-16.
68. Blondon M, Périsset D, Unni S-K-E, Wilson A, Mazet P, Cohen D. L'accueil d'urgence en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: évolution sur 20 ans dans un site hospitalo-universitaire. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 avr 2007;55(1):23-30.
69. Leclerc F, Martinot A, Sadik A, Hue V, Dorkenoo A. L'inflation des urgences pédiatriques. *Arch Pédiatrie.* 1999;6(Supplement 2):S454-6.

70. Alvin P, Gasquet I, Tournemire R de, Nouyrigat V, Speranza M. Les adolescents aux urgences hospitalières. À propos d'une enquête menée à l'AP-HP. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2002;50(8):571-6.
71. Gasquet I, Alvin P, Deveau A. Qui sont les adolescents consultant aux urgences et comment sont-ils pris en charge. *Enq Au près Six Hôp AP-HP Paris AP-HP.* 1999;
72. Velin P, Alamir H, Babe P, Guida A, Four R, Montaz-Rosset N, et al. Les adolescents aux urgences de l'hôpital Lenval pour enfants à Nice en 1999. *Arch Pédiatrie.* 2001;8(4):361-7.
73. Barreau C. Accueil des adolescents aux urgences hospitalières: enquête au CHU de Nantes. 2010;
74. Fombonne E. Epidémiologie des troubles psychiatriques en pédopsychiatrie. *EMC-Psychiatr.* 2005;2(3):169-94.
75. Goldstein AB, Horwitz SM. Child and adolescent psychiatric emergencies in nonsuicide-specific samples: the state of the research literature. *Pediatr Emerg Care.* 2006;22(5):379-84.
76. Newton AS, Ali S, Johnson DW, Haines C, Rosychuk RJ, Keaschuk RA, et al. A 4-year review of pediatric mental health emergencies in Alberta. *Can J Emerg Med.* 2009;11(5):447-54.
77. Kennedy A, Cloutier P, Glennie JE, Gray C. Establishing best practice in pediatric emergency mental health: a prospective study examining clinical characteristics. *Pediatr Emerg Care.* 2009;25(6):380-6.
78. Ferrari P, Speranza M. Les urgences pédopsychiatriques: expérience de la création d'une unité d'accueil et d'urgence au sein du CHU de Bicêtre. *Arch Pédiatrie.* 1999;6(Supplement 2):S471-4.
79. Stheneur C. Hospitalisation d'adolescents en pédiatrie : aménagements et compétences requis. *Arch Pédiatrie.* 1 juin 2010;17(6):741-2.
80. de Tournemire R, Boudailliez B, Jacquin P, Foucaud P, Chevallier B. Pédiatres de l'enfant «jusqu'à 18 ans»: de l'urgence d'acquiescer des compétences dans des unités de médecine pour adolescents. *Arch Pédiatrie.* 2016;30:1-4.
81. de Kernier N, Canouï P, Golse B. Prise en charge des adolescents hospitalisés à la suite d'un geste suicidaire ou d'une menace suicidaire. *Arch Pédiatrie.* 1 avr 2010;17(4):435-41.
82. Haute Autorité de Santé - La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge [Internet]. [cité 16 sept 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge
83. Wacheux F. Méthodes qualitatives de recherches en gestion. *Economica;* 1996.
84. Ayerbe C, Missonier A. Validité interne et validité externe de l'étude de cas: principes et mise en œuvre pour un renforcement mutuel. *Finance Contrô Strat.* 2007;10(2):37-62.
85. Santiago LI, Tunik MG, Foltin GL, Mojica MA. Children requiring psychiatric consultation in the pediatric emergency department: epidemiology, resource utilization, and complications. *Pediatr Emerg Care.* 2006;22(2):85-9.
86. Stewart C, Spicer M, Babl FE. Caring for adolescents with mental health problems: challenges in the emergency department. *J Paediatr Child Health.* 2006;42(11):726-30.

87. Giraud P, Fortanier C, Fabre G, Ghariani J, Guillermain Y, Rouviere N, et al. Tentatives de suicide: étude descriptive d'une cohorte de 517 adolescents de moins de 15 ans et 3 mois. *Arch Pédiatrie*. 2013;20(6):608-15.
88. Wiss M, Lenoir P, Malvy J, Wissocq M, Bodier C. La pédopsychiatrie de consultation–liaison intrahospitalière: étude prospective sur 215 interventions. *Arch Pediatr*. 2004;11(1):4-12.
89. Stewart SE, Manion IG, Davidson S, Cloutier P. Suicidal children and adolescents with first emergency room presentations: predictors of six-month outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(5):580-7.
90. Dupuis LCY. Le travail institutionnel au regard de la théorie de l'attachement: l'institution a-t-elle vocation à être une figure d'attachement pour les soignants? *Enfances Psy*. 2015;(2):120-31.
91. Guedeney N, Guedeney A, Atger F. L'attachement: concepts et applications. Masson; 2002.
92. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychother Theory Res Pract*. 1979;16(3):252.
93. Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. American Psychological Association; 1991.
94. Caflich M, Alvin P. La prise en charge des adolescents en pédiatrie hospitalière. Une enquête nationale. *Arch Pédiatrie*. 1 juill 2000;7(7):732-7.
95. Vautier V, Gorin C. L'approche systémique en psychiatrie de liaison à l'hôpital général: une autre manière d'aborder les situations de catastrophe. In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier; 2015. p. 872-6.

ANNEXES

REGLES DE VIE : Hospitalisation des ados

- Le petit déjeuner est servi à 8 heures en salle à manger
- Ta toilette doit être faite avant ou après le petit déjeuner mais avant la visite du médecin
- Le médecin vient te voir tous les matins à partir de 9h30
- Ta chambre doit être rangée, le lit fait avec l'aide de l'auxiliaire
- Tu es attendu en salle de jeux pour des activités (jeux, bricolage, ordinateur, discussion....) de 9h30 à 12h00 et de 14h00 à 16h30, sauf le week-end
- Le déjeuner est servi à 12h00, le goûter à 16h30 et le souper à 19h00, en salle à manger
- Ton plateau doit être débarrassé après chaque repas
- Il est préférable que les visites que tu reçois viennent à partir de 17h00 (après le goûter) jusque 19h00 (avant le souper), en tous cas, en dehors des heures de repas. Le week-end, les visites sont plus libres
- Les sorties du service sont limitées et toujours accompagnées d'un de tes parents, après avoir averti le personnel. Elles peuvent être impossibles pour des raisons médicales.
- L'extinction des feux est laissée à l'appréciation de l'équipe de nuit.
- Il est interdit de fumer dans la chambre, le service comme dans l'établissement. Des patchs peuvent t'être proposés
- Si tu souhaites rencontrer un professionnel (diététicien, gynécologue, psychologue, assistante sociale...), tu peux nous en faire part.

Annexe 2 : Autorisation CIL



Traitement N° 60	Mémoire de Thèse Médecine «Enfants et adolescents en souffrance psychique: état des lieux des prises en charges en pédiatrie à l'hôpital de Boulogne sur Mer»
Date de mise en œuvre :	01/05/2017
Finalité principale :	Travail de Thèse de médecine – Dr Anne GLOMOT Description de la population d'enfant et d'adolescent pris en charge en pédiatrie
Détaille des finalités du traitement	-Description détaillée de la population des enfants et des adolescents consultant aux urgences pédiatriques et étant hospitalisés en service de pédiatrie. -Etude rétrospective, sur étude des dossiers des urgences et courriers de sortie d'hospitalisation. - Concernant l'année 2016 - Analyse des motifs de consultation, des pathologies retenues, des prises en charges proposées et de l'orientation à la sortie.
Service chargé de la mise en œuvre	DIM du CH de Boulogne sur Mer
Fonction de la personne ou du service auprès duquel s'exerce le droit d'accès	Interne de Psychiatrie Médecin DIM du CH de Boulogne sur Mer
Catégories de personnes concernées par le traitement	Enfants et adolescents consultants aux urgences pédiatriques pour un motif psychiatrique et ayant été hospitalisés en service de pédiatrie du CH de Boulogne sur Mer.

Données traitées	Catégories de données traitées	Détails des données traitées		
	<ul style="list-style-type: none"> - Données administratives - Données de santé 	<ul style="list-style-type: none"> -Nom -Prénom -Date de naissance - Sexe - Age. - Motif d'entrée, mode d'adressage, - Pathologie retenue (code CIM-10 et à la lecture des courriers de sortie), - Prise en charge proposée, - Durée d'hospitalisation, - Traitement proposé et orientation proposée. 		
Catégories destinataires	de	Catégories de destinataires		Données concernées
	<p style="text-align: center;"><u>Au plan INTERNE</u></p> <p>Anne GLOMOT, interne réalisant l'étude</p> <p style="text-align: center;"><u>Au plan EXTERNE</u></p> <p>Dr Christelle LEFETZ, directrice de thèse</p>	<p>Toutes</p> <p>Toutes</p>		
Sécurité	Ordinateur personnel avec protection par mot de passe, stockage des données sur disque-dur externe.			
Durée de conservation	1 ^{er} octobre 2017			
Mise à jour (date et objet) :				

AUTEUR : Nom : Glomot

Prénom : Anne

Date de Soutenance : 18 octobre 2017

Titre de la Thèse : Enfants et adolescents en souffrance psychique : un état des lieux des prises en charges en pédiatrie à l'Hôpital de Boulogne-sur-Mer

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : *Pédopsychiatrie*

DES + spécialité : *Psychiatrie*

Mots-clés : Pédiatrie. Pédopsychiatrie. Liaison. Adolescent.

Résumé :

Objectif : L'hospitalisation en pédiatrie pour les enfants et adolescents en souffrance psychique est une alternative à une hospitalisation en pédopsychiatrie, plus stigmatisante pour l'enfant. Il existe toutefois peu de données précises dans la littérature concernant la prise en charge de ces enfants et adolescents en service de pédiatrie générale. L'objectif principal de cette étude est donc de décrire la population des enfants de moins de 16 ans présentant une problématique psychiatrique prise en charge par les services de pédiatrie, dans le cadre d'une analyse des pratiques.

Matériel et méthode : Cette recherche quantitative a été réalisée dans le service de pédiatrie générale de l'hôpital de Boulogne-sur-Mer. Dans une logique descriptive, l'étude s'appuie sur une analyse rétrospective des dossiers de consultation aux urgences pédiatriques et des courriers de sortie d'hospitalisation. Les principales données étudiées concernaient les motifs d'entrée, les soins aux urgences, les pathologies retenues aux urgences et en hospitalisation, les consultations de pédopsychiatrie de liaison et de la psychologue du service et les soins proposés à la sortie des urgences ou du service d'hospitalisation.

Résultats : Lors de l'analyse, nous retrouvons une proportion d'adolescents en demande de soins quatre fois plus élevée que pour les enfants. Par ailleurs, nous notons que la proportion d'hospitalisations en pédiatrie est élevée (61 %), proportionnellement au nombre d'enfants et d'adolescents se présentant aux urgences pour une problématique psychiatrique, lorsqu'elles se font à partir d'urgences pédiatriques sans présence continue d'un pédopsychiatre. Notre étude retrouve une part importante des pathologies de « l'agir » aux urgences : tentatives de suicide (16 % des motifs de consultations aux urgences), troubles du comportement (15%), scarifications (11 %) et idées suicidaires (8,6 %). En hospitalisation, nous retrouvons que le diagnostic de trouble de l'adaptation est fréquemment retenu (41,6 %). Ces résultats justifient l'orientation en pédiatrie plutôt qu'en service d'hospitalisation de pédopsychiatrie compte tenu de la part des troubles réactionnels.

Conclusion : Le développement des unités adolescent apparaît comme une solution pouvant permettre une prise en charge globale, multidisciplinaire, soutenue par des équipes formées dans un lien de partenariat solide entre psyché et soma.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Alain MARTINOT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Madame le Docteur Christelle LEFETZ