



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Maïté FERRAND épouse ALLENBACH

Le 20 Novembre 2014

**CARACTERISTIQUES CLINIQUES ET SOCIO-DEMOGRAPHIQUES
D'UNE POPULATION PEDIATRIQUE AYANT CONSULTE DE FACON
MULTIPLE AUX URGENCES DE L'HOPITAL D'ENFANTS DU CHU
DE NANCY POUR MOTIF PEDOPSYCHIATRIQUE :
Etude rétrospective sur trois années**

Examineurs de la thèse :

Mr B. KABUTH
Mr J.P KAHN
Mr F. FEILLET
Mme F. LIGIER

Professeur
Professeur
Professeur
Docteur

Président
Juge
Juge
Juge et Directrice

**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT
Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE**

**Vice-Doyen « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice-Doyen « Formation permanente » : Professeur Hervé VESPIGNANI
Vice-Doyen « Vie étudiante » : M. Pierre-Olivier BRICE**

Asseseurs

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

DOYENS HONORAIRES

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

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François
CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre
DESCHAMPS

Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre
LEDERLIN Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU -
Michel MERLE

Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis
PENIN Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON – François PLENAT -
Jean-Marie POLU Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT -
Michel RENARD

Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert
UFFHOLTZ Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT -
Michel WAYOFF
Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Jacques POUREL
Professeur Michel SCHMITT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET
Professeur Michel VIDAILHET - Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

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

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

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

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

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

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

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

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

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

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

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

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

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

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

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

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

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

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

Professeure Marie MACHOUART

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

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

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

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

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

Professeur Christophe PARIS

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

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER (jusqu'au 1^{er} novembre) – Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY (à partir du 1^{er} novembre)

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

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

Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

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

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

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

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

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

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

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

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

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

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

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC (*jusqu'au 1^{er} novembre*) – Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

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

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

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

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

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

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

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

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

Professeur Thierry FOLLIGUET

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

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

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

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

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

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

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

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

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

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

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

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

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

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

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

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

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

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

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

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

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

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

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

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

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

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

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

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

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

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

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

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

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

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

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

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

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

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

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

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

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

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

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

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

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

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

Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences*)

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

Docteure Sandrine HENARD

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

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

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

Docteure Nelly AGRINIER (*stagiaire*)

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

Docteure Isabelle THAON

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

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

Docteur Aurore PERROT (*stagiaire*)

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

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : *(Génétique)*

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

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

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

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

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

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

Docteure Anne-Christine RAT

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

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

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

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

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

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

Docteur Fabrice VANHUYSE

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

Docteur Stéphane ZUILY

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

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

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX (stagiaire)

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

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

Docteure Laure JOLY

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

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

Monsieur Alain DURAND

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

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

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

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

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

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

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A notre Maître et Président de Thèse,
Monsieur le Professeur Bernard KABUTH,
Professeur de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent
Docteur en Psychologie

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de notre thèse, pour cela nous vous adressons nos plus sincères remerciements.

Pour la qualité de vos enseignements, votre disponibilité auprès des étudiants et votre énergie passionnée, nous vous adressons toute notre reconnaissance et tout notre respect.

A notre Maître et Membre du Jury,

Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN,

Professeur de Psychiatrie

Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir accepté de participer au jury de notre soutenance de thèse.

Nous vous remercions sincèrement pour vos enseignements.

A notre Membre du Jury,

Monsieur le Professeur François FEILLET,

Professeur de Pédiatrie

Vous nous faites l'honneur de participer à notre jury de thèse.

Pour votre disponibilité durant le semestre passé dans votre service, pour tout ce que vous avez pu nous apporter sur un plan professionnel et personnel, nous vous adressons toute notre reconnaissance et nos plus sincères remerciements.

A notre Directrice de Thèse et Membre du Jury,

Madame le Docteur Fabienne Ligier,

Docteur en Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

Nous vous adressons nos plus chaleureux remerciements pour avoir accepté de diriger et d'accompagner ce travail de thèse avec tant d'enthousiasme, de gentillesse et de disponibilité.

Un grand merci pour vos précieux conseils, votre soutien, votre rigueur et votre bonne humeur communicative.

Veillez recevoir toute notre reconnaissance et tout notre respect.

Sans oublier :

Mes parents, et plus particulièrement ma mère, pour son soutien sans faille, sa confiance et sa patience durant toutes mes études.

Mes grands-parents, mes oncles et tantes qui ont toujours cru en moi et m'ont toujours soutenue.

Mon mari, pour son amour et ses encouragements durant toutes ces années.

Eva et Clémence, fruits de notre amour, qui me donnent force et courage et m'émerveillent chaque jour.

A mes amies de Paris, Valérie, Elsa, Christine, Marlène, Stéphanie, Solenne, fidèles malgré le temps qui passe et l'éloignement.

A mes nouveaux amis lorrains, Virginie, David, Marie, Caroline, Catherine, Chrystèle et tous les autres, pour m'avoir accueillie avec autant de gentillesse.

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	18
A. Evolution du nombre de consultations aux urgences pédiatriques	18
B. L'adolescent aux urgences	18
1. Particularités.....	18
2. Motifs d'admission.....	19
a) Traumatologie.....	19
b) Médecine	19
c) Psychiatrie	20
d) Intoxication éthylique aiguë	20
3. Qu'est-ce que l'urgence pédopsychiatrique ?	20
4. Motifs de consultation aux urgences pédiatriques pour motif pédopsychiatrique	22
5. Un motif souvent rencontré : l'agitation aux urgences pédiatriques.....	23
6. Caractéristiques des consultants multiples pour un motif pédopsychiatrique.....	23
C. Objectifs de l'étude	24
II. MATERIEL ET METHODE	25
A. Population	25
B. Données de l'étude	25
1. Modalités du recueil de données	25
2. Données étudiées.....	25
C. Analyses statistiques	27
III. RESULTATS.....	28
A. Analyse descriptive	28
1. Proportion des passages multiples sur la totalité des urgences pédopsychiatriques	28
2. Nombre de consultations aux urgences pour chaque patient étudié.....	28
3. Sexe	29
4. Age	30
5. Adresseur.....	30
6. Motifs de consultation.....	31
7. Suivi psychologique ou pédopsychiatrique.....	32
8. Hospitalisation en psychiatrie	32
9. Comorbidités	33
10. Scolarité.....	33
11. Hébergement	34
12. Configuration familiale	34

13. Adoption.....	35
14. Diagnostic selon la CIM 10.....	36
15. Orientation à l'issue de la consultation	36
16. Délai entre deux consultations	37
17. Aide Sociale à l'Enfance	38
18. Toxiques	39
19. Résumé des résultats de l'analyse descriptive pour la population totale	39
B. Analyse comparative entre la population à passage unique et celle à passages multiples	40
1. Age	40
2. Adresseur.....	42
3. Motif de consultation	42
4. Scolarité.....	44
5. Configuration familiale	45
6. Hébergement	46
7. Suivi pédopsychiatrique ou psychologique	48
8. Antécédent d'hospitalisation	48
9. Diagnostic selon la CIM 10.....	49
10. Orientation à l'issue de la consultation	49
11. Résumé des résultats de l'analyse comparative	50
IV. DISCUSSION	51
A. Analyse des résultats de l'étude	51
1. Urgences pédopsychiatriques et passages multiples	51
2. Nombre de passages aux urgences pendant les six mois d'étude	53
3. Caractéristiques socio-démographiques	53
4. L'entourage familial, principal adresseur aux urgences.....	55
5. Les troubles à expression comportementale sont les principaux motifs de consultation	55
6. Le jeune patient et le soin psychiatrique	57
7. Les mêmes orientations à l'issue de la consultation mais pas forcément les mêmes réponses thérapeutiques	58
8. Une scolarité plus compliquée, principalement pour ceux consultant au minimum trois fois	59
9. Des consultations espacées.....	60
10. Les consultants multiples ont plus de comorbidités.....	60
B. Avantages et inconvénients de la méthodologie	61
1. Avantages	61
2. Inconvénients	61
V. CONCLUSION	62

PREFACE

Pourquoi une étude sur les passages multiples aux urgences pour un motif pédopsychiatrique?

Lors d'un stage réalisé dans le service de pédopsychiatrie du CHU de Nancy, avec des permanences de soins régulières aux urgences, je me suis aperçue que certains adolescents consultaient de façon itérative. En effet, parmi la population pédiatrique (population âgée de moins de 18 ans) se rendant aux urgences pour un motif pédopsychiatrique, certains consultent à plusieurs reprises. Etant parfois désemparée face à cette situation, j'ai interpellé des professionnels de mon entourage et j'ai pu constater qu'il en était de même pour tous les pédopsychiatres intervenant aux urgences pédiatriques. C'est cependant un sujet qui a suscité mon intérêt à plusieurs niveaux. Tout d'abord, à titre personnel, j'aimerais comprendre et appréhender au mieux cette population. Les passages multiples peuvent être interprétés à la fois comme symptôme d'un mal-être qui ne peut s'exprimer autrement mais également comme une conséquence de ce mal-être. Ensuite, j'ai souhaité étudier cette population afin d'aider au mieux les soignants qui les prennent en charge. En effet, alors que ces adolescents expriment un mal-être par leurs retours répétés, ce comportement génère le plus souvent « rejet » et incompréhension de la part des équipes soignantes des urgences qui se sentent parfois impuissantes et inutiles. Et enfin, n'ayant pas trouvé de littérature française sur le sujet (contrairement aux études sur les urgences pédopsychiatriques en général), je pense que ce sujet a été peu étudié. D'où mon intérêt pour un travail de thèse.

I. INTRODUCTION

A. Evolution du nombre de consultations aux urgences pédiatriques

Comme pour toutes les spécialités médicales (1), le nombre de consultations aux urgences pour motif pédopsychiatrique a augmenté en 20 ans. Par exemple, à l'hôpital de La Pitié-Salpêtrière à Paris, le nombre de consultations pédopsychiatriques est passé de 85 par an en 1981 à 314 par an en 2002 (1). Cette augmentation existe également outre-manche (2). Et ce même si les urgences pédopsychiatriques représentent 1,6% des urgences pédiatriques (2).

B. L'adolescent aux urgences

1. Particularités

La prise en charge des adolescents aux urgences est ressentie comme complexe par les équipes soignantes, qu'elles travaillent en milieux pédiatriques ou adultes (3). L'adolescence est la période de la vie où l'on est le moins malade (3). C'est une population peu consommatrice de soins et pourtant, elle ne manque pas de consulter aux urgences (3) (4). En 2000, l'hôpital de Saint-Nazaire a mené une étude sur les passages des adolescents (11-19 ans) aux urgences et a montré que le flux n'était pas si négligeable que cela puisque les adolescents représentent 15% des urgences hospitalières totales (4). Il s'agit d'une modalité d'accès aux soins de plus en plus utilisée par les adolescents, probablement parce que consulter aux urgences leur semble moins stigmatisant (5) mais également probablement parce que l'accès est direct, sans prise de rendez-vous préalable et parce qu'ils peuvent s'y

rendre sans leurs parents. Le fonctionnement des urgences répond ainsi bien au désir d'immédiateté et d'indépendance qui caractérise l'adolescence.

2. Motifs d'admission

a) Traumatologie

Le motif d'admission est chirurgical dans 74,8% et parmi les motifs chirurgicaux, la traumatologie représente plus de 90% des admissions (4). Il me semble important de s'attarder un peu sur les adolescents admis aux urgences pour un motif traumatique. En effet, 51% des garçons et 36% des filles âgés de moins de 19 ans disent avoir vécu un accident de la route dans les douze derniers mois et le taux de récurrence est de 28% dans l'année qui suit l'évènement (4). Or, une étude française conduite en 2000 a mis en évidence que les adolescents récidivistes et qui multiplient des conduites à risque (vitesse excessive, absence de port de casque..) avaient un score de dépression et d'anxiété plus élevés que le reste de la population adolescente et qu'un lien important existe entre accident à répétition et souffrance psychique diffuse (6). Par ailleurs, il existe également un lien fort entre accident de la voie publique et consommation de toxiques (alcool ou drogues) (4). Ainsi, les passages itératifs aux urgences chez les adolescents, même sans motif psychiatrique évident, semblent donc à prendre en considération par les soignants.

b) Médecine

Dans 17,1%, le motif d'admission est médical (4).

c) *Psychiatrie*

Dans 5% des cas, il est psychiatrique (4). Pour les motifs psychiatriques, la tentative de suicide domine avec 55% des admissions et le risque de récurrence dans l'année qui suit le passage à l'acte est de 30% (4).

d) *Intoxication éthylique aiguë*

En ce qui concerne les intoxications alcooliques aiguës chez l'adolescent, 30% des adolescents disent avoir été ivres dans l'année et 9% l'ont été trois fois dans l'année (4). Mais peu arrivent aux urgences et on peut parler de « rareté relative » de ce motif d'admission (4). Cela rejoint le constat de Thunström en Suède qui a avancé que 200 adolescents de moins de 16 ans sont hospitalisés par an pour le motif d'ivresse aiguë. Dans 94% des cas, la prise en charge est effectuée en hospitalisation (4), ce qui suit les recommandations de l'HAS qui associe les adolescents hospitalisés pour ivresse et pour tentative de suicide (7). En effet, 42% des suicidants ont un antécédent d'intoxication éthylique aiguë (8). Enfin, de fréquentes corrélations ont été retrouvées entre intoxication alcoolique aiguë prise en charge aux urgences pédiatriques et problèmes psycho-socio-familiaux (4).

3. Qu'est-ce que l'urgence pédopsychiatrique ?

Les urgences médicales classiques peuvent être définies par un phénomène morbide d'apparition brutale. Cette définition peut s'appliquer aux urgences pédopsychiatriques lorsqu'il s'agit d'une bouffée délirante aiguë, d'un état maniaque ou mélancolique (9). Mais ces trois diagnostics ne constituent cependant pas le motif principal de consultation. Finalement, les individus sont amenés à consulter aux urgences en situation de crise, ce qui

amène certains auteurs à avancer qu'il y a une confusion entre « crise » et « urgence » (10). Pour Laudrin et Speranza, la « crise » est une rupture de l'équilibre d'un système confronté à un changement, alors qu'une « urgence pédopsychiatrique » est une situation de crise pathologique qui s'associe à un sentiment de danger imminent ou de risque vital pour le jeune et/ou pour son entourage (10). Pour Marcelli et Braconnier, la crise est un moment temporaire de déséquilibre et de substitutions rapides qui remettent en question l'équilibre du sujet, qu'il soit normal ou pathologique. Son évolution est ouverte, variable, dépendant tout autant de facteurs internes qu'externes. La crise n'est donc pas synonyme de pathologie et l'on peut même dire que certaines crises sont salutaires et nécessaires à la construction de soi, comme à l'adolescence par exemple (10). Par contre, la crise est un changement subi, favorable ou défavorable et décisif quant au devenir (10). Une crise peut être résolutive sans l'intervention de soignants si la famille ou l'entourage proche est capable de faire face à la montée de la tension et de la souffrance, et s'il est capable d'apporter une réponse rassurante (11). La crise engendrera un symptôme ou un comportement pathologique dans deux situations: soit elle est source d'une angoisse que l'environnement ne peut contenir, soit l'individu a des ressources personnelles insuffisantes pour faire face à la situation de crise (10). Ainsi, la différence entre « crise » et « urgence » se situe dans l'existence ou non d'une angoisse (12), d'une détresse ou de pensées et de sentiments dépressifs (11). Il y a deux principaux vecteurs d'une crise psychopathologique qui sont l'éclosion brutale d'une symptomatologie psychiatrique aiguë et les troubles réactionnels (13). L'urgence pédopsychiatrique apparaît donc quand les capacités d'aménagement ou de résolution des conflits par le milieu sont dépassées (5). Ainsi, dans toutes ces manifestations pathologiques d'un jeune, l'adulte, que ce soit la famille ou un soignant, est interpellé dans sa capacité à contenir et à apporter des réponses rassurantes (5). En général, l'adresseur (celui qui adresse le jeune aux urgences) est une personne de l'entourage proche qui demande une solution contenant et rapide (9). Il s'agit donc au

soignant de transformer « l'urgence d'agir » en « urgence d'écoute » afin de mettre du sens et d'injecter de la pensée (9). Il y a trois situations retrouvées aux urgences pédopsychiatriques :

- l'éclosion brutale d'une pathologie psychiatrique
- la décompensation d'une pathologie psychiatrique connue
- l'éclosion brutale d'une situation de crise familiale ou sociale.

Parfois aussi, les jeunes sont adressés aux urgences pour une demande d'évaluation émanant d'un confrère ou des tribunaux (14).

4. Motifs de consultation aux urgences pédiatriques pour motif pédopsychiatrique

Les motifs de consultation les plus fréquents sont les troubles qui ont une expression comportementale (tentative de suicide, scarification, crise clastique et mise en danger) (9). Et cela, quel que soit le nombre de passages. En effet, lorsque l'on s'intéresse à toutes les urgences pédopsychiatriques, le motif principal de consultation est la tentative de suicide (55% des consultations) (4). Par contre, quand il s'agit d'adolescents qui consultent de façon multiple, que l'on appellera « consultant multiple », le motif principal de consultation est un trouble des conduites ou du comportement (15) qui s'exprime généralement par une agitation. Une expertise collective INSERM au sujet du « Trouble des conduites » a été rendue publique en 2005 et souligne que sa caractéristique majeure « est une atteinte aux droits d'autrui et aux normes sociales »(16).

5. Un motif souvent rencontré : l'agitation aux urgences pédiatriques

L'agitation est un motif rare d'admission aux urgences qui nécessite une recherche systématique d'une étiologie organique, même si le sujet a des antécédents psychiatriques (17). Quand l'étiologie est psychiatrique, il s'agit le plus souvent d'un enfant ou adolescent connu pour des troubles du comportement (4). Ainsi, et cela d'autant plus quand il n'y a aucun antécédent psychiatrique connu, une étiologie organique est à envisager avant toute cause psychiatrique (17). En effet, de nombreuses causes somatiques peuvent s'accompagner d'agitation et de violence (17), comme par exemple des affections neurologiques ou métaboliques, une douleur intense ou une intoxication médicamenteuse ou à des toxiques (monoxyde de carbone, alcool, stupéfiants). Mais, une fois l'étiologie organique infirmée, l'agitation en psychiatrie peut avoir plusieurs sens (9) (17). En effet, il s'agit vraiment d'un signe aspécifique qui peut exprimer un symptôme dépressif, une anxiété, être un signe réactionnel ou encore signer une carence éducative. Cependant, il est important de souligner que 65% des enfants et des adolescents admis aux urgences pour agitation et hétéroagressivité sont calmes à leur arrivée, sans avoir reçu de traitement médicamenteux (17).

6. Caractéristiques des consultants multiples pour un motif pédopsychiatrique

Outre-manche, nous retrouvons quelques études sur le sujet. Aux USA et au Canada, les passages multiples représentent 36% de tous les passages aux urgences pour un motif pédopsychiatrique (18). L'équipe de Newton et al.(18) a retrouvé que cette population était constituée en majorité de filles, âgées de 13 à 17 ans. De plus, ils ont constaté que les diagnostics les plus fréquemment attribués aux consultants multiples sont les troubles de l'humeur et les troubles psychotiques. Enfin, selon leur étude, être sous la protection de

l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) est également un facteur de risque de passages multiples. Ce dernier critère a également été retrouvé dans l'étude de Goldstein et al (15). En ce qui concerne le délai de nouvelle consultation, pour 50% des cas, il est inférieur à trente jours et dans 85% inférieur à six mois. Certaines études américaines et canadiennes (4) (5) (18) (19) (20) (21) ont retrouvé des facteurs prédictifs de consultations multiples : antécédent ou traitement en cours par psychotropes, antécédent d'hospitalisation en pédopsychiatrie, trouble du comportement ou comportement suicidaire et être sous la protection de l'Aide Sociale à l'Enfance.

C. Objectifs de l'étude

Comme nous le disions précédemment, les urgences pédopsychiatriques représentent 1,6% des urgences pédiatriques. Même si le pourcentage des urgences pédopsychiatriques semble encore faible par rapport à la totalité des urgences, il semble nécessaire de comprendre pourquoi la fréquentation augmente afin d'accueillir au mieux les jeunes patients et leur proposer des soins appropriés. Parmi ces patients, il nous importe de nous centrer sur les consultants multiples. Quelles sont les raisons de ces passages répétés ? Les réponses thérapeutiques apportées sont-elles les mêmes que ceux qui ne viennent qu'une seule fois ? Faut-il les adapter ?

Dans cette étude, nous proposons tout d'abord une analyse descriptive de cette population pédiatrique qui consulte à plusieurs reprises aux urgences d'un hôpital d'enfants pour un motif pédopsychiatrique. Nous proposons ensuite de comparer ces consultants multiples avec ceux qui ne consultent qu'une seule fois. L'objectif principal est donc de définir, s'il en est, des caractéristiques particulières à la population des consultants multiples pour motif psychiatrique au service d'urgences pédiatriques.

II. MATERIEL ET METHODE

A. Population

Enfants et adolescents âgés de 0 à 18 ans à la première visite aux urgences pédiatriques de l'hôpital d'enfants du CHU de Nancy pour motif pédopsychiatrique (T0) ayant consulté au moins deux fois pendant une période de six mois (soit un premier passage à T0 puis au moins un autre passage dans les six mois suivant T0). Pour notre étude, « le premier passage T0 » est celui compris entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2012.

B. Données de l'étude

1. Modalités du recueil de données

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur tous les dossiers des enfants et adolescents ayant consulté au minimum deux fois entre le 1^{er} janvier 2010 et le 30 juin 2013. Les patients ont été sélectionnés à partir de la liste des passages aux urgences pédiatriques pour un motif pédopsychiatrique fournie par le Département des Informations Médicales (DIM) du Centre Psychothérapique de Nancy. Le recueil des données a été réalisé dans le respect des bonnes pratiques médicales et seul le dossier médical informatisé a été utilisé pour recueillir les informations. Chaque patient a été anonymisé.

2. Données étudiées

- Proportion des passages multiples sur la totalité des urgences pour motif pédopsychiatrique

- Nombre de consultations aux urgences pour chaque patient étudié
- Sexe
- Age
- Personne qui adresse le patient aux urgences (famille, médecin, institution..)
- Motif de consultation
- Antécédent de suivi psychiatrique ou psychologique, suivi actuel
- Antécédent d'hospitalisation en pédopsychiatrie
- Existence de comorbidités personnelles (pathologies organiques associées, traumatisme, agression...) ou familiales (addiction des parents, antécédent familial de pathologies psychiatriques, précarité sociale...). Dans les comorbidités familiales, j'y ai également inclus le divorce parental car bien qu'il ne soit pas toujours particulièrement conflictuel ou traumatisant pour l'enfant, il est souvent déstabilisant et source de fragilité psychique
- Scolarité (ordinaire versus spécialisée)
- Lieu d'hébergement : domicile parental, foyer, famille d'accueil
- Configuration familiale : biparentale, monoparentale
- Enfant ou adolescent adopté
- Existence d'une fratrie
- Diagnostic posé à l'issue de la consultation selon la CIM 10
- Orientation après la consultation : hospitalisation, sortie simple ou sortie avec proposition de suivi ambulatoire
- Délai entre deux passages aux urgences : moins d'une semaine, de 8 à 31 jours ou plus d'un mois
- Enfant ou adolescent sous la protection de l'Aide Sociale à l'Enfance
- Prise de toxique

C. Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS (*Statistical Analysis System*) dans sa version 9.3.

Les caractéristiques des patients sont décrites en pourcentages et en valeurs absolues pour les variables qualitatives et par les moyennes et leur écart-type pour les variables quantitatives. Nous avons tout d'abord procédé à une analyse descriptive des consultants multiples au service des urgences pédiatriques.

Nous avons ensuite comparé cette population à ceux qui ne venaient qu'une seule fois sur la période étudiée, avec les tests de Fisher et du Khi 2 pour les variables qualitatives. Les associations sont significatives lorsque p est inférieur ou égal à 0,05.

.

III. RESULTATS

A. Analyse descriptive

(cf tableau en annexe)

1. Proportion des passages multiples sur la totalité des urgences pédopsychiatriques

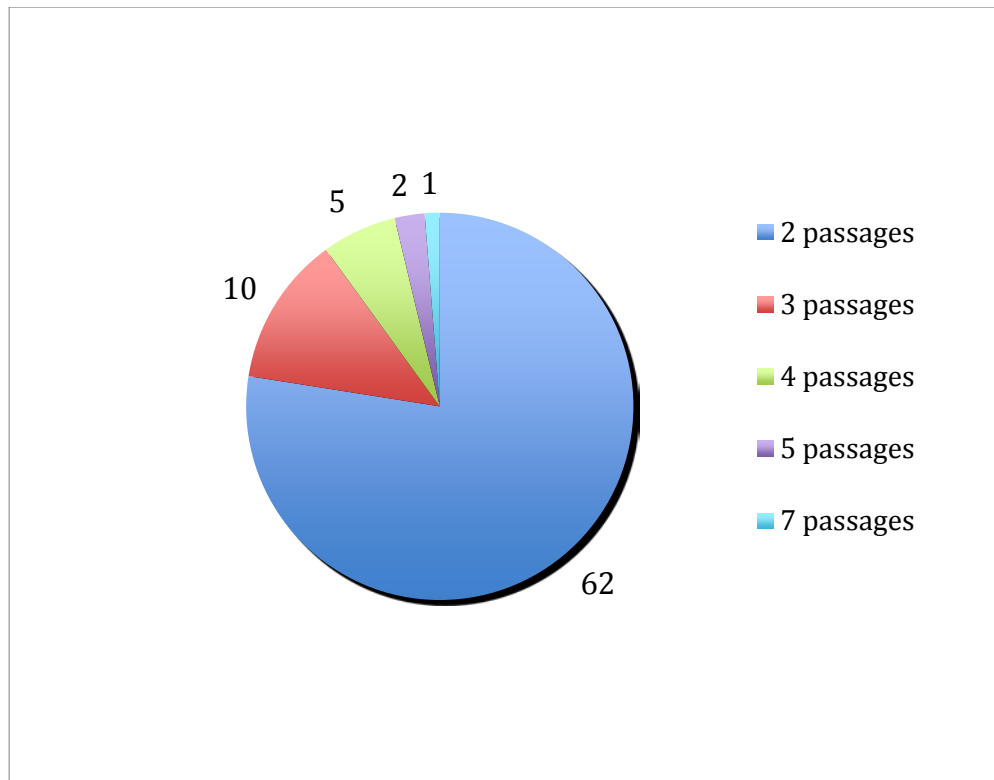
Dans notre étude, les passages multiples représentent 15,4% de la totalité des urgences pédopsychiatriques.

2. Nombre de consultations aux urgences pour chaque patient étudié

Sur les 80 patients étudiés, 62 d'entre eux ne font que deux passages et 18 patients font au moins trois passages. Parmi les 18 patients qui consultent à plus de deux reprises, la majorité fera trois passages.

Figure 1 :

Répartition des 80 patients selon le nombre de passages

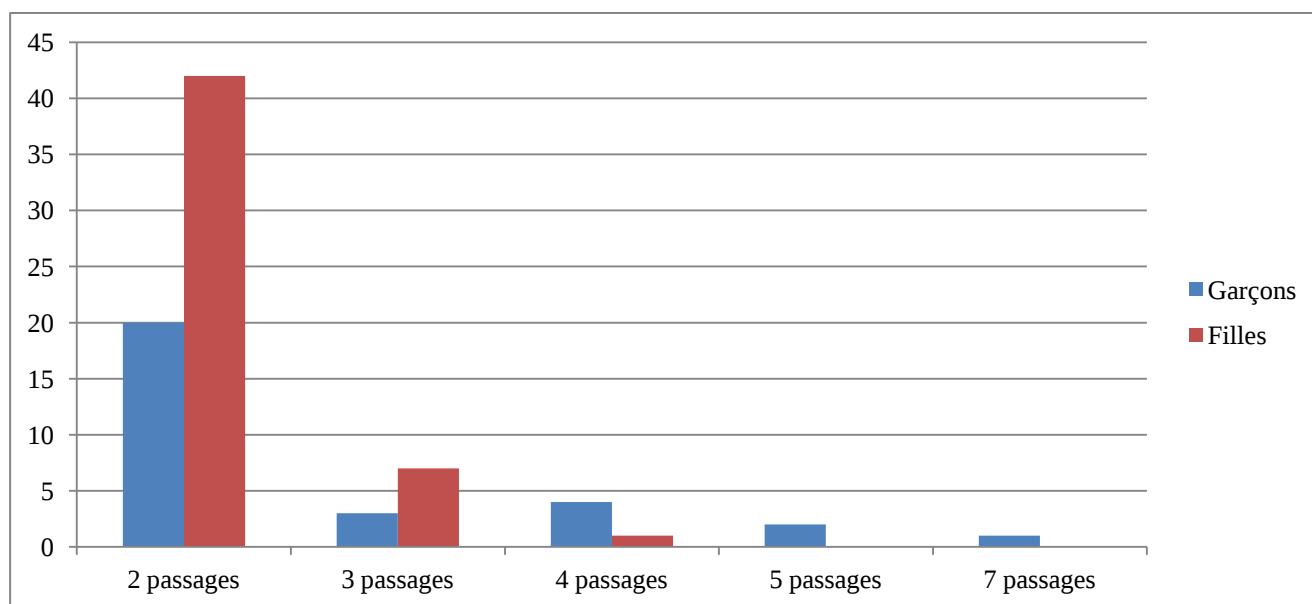


3. Sexe

Parmi les 80 patients étudiés, il y a 50 filles et 30 garçons. Les filles restent majoritaires jusqu'à trois passages, puis, à partir de quatre passages, la tendance s'inverse.

Figure 2 :

Répartition des sexes par nombre de passages



4. Age

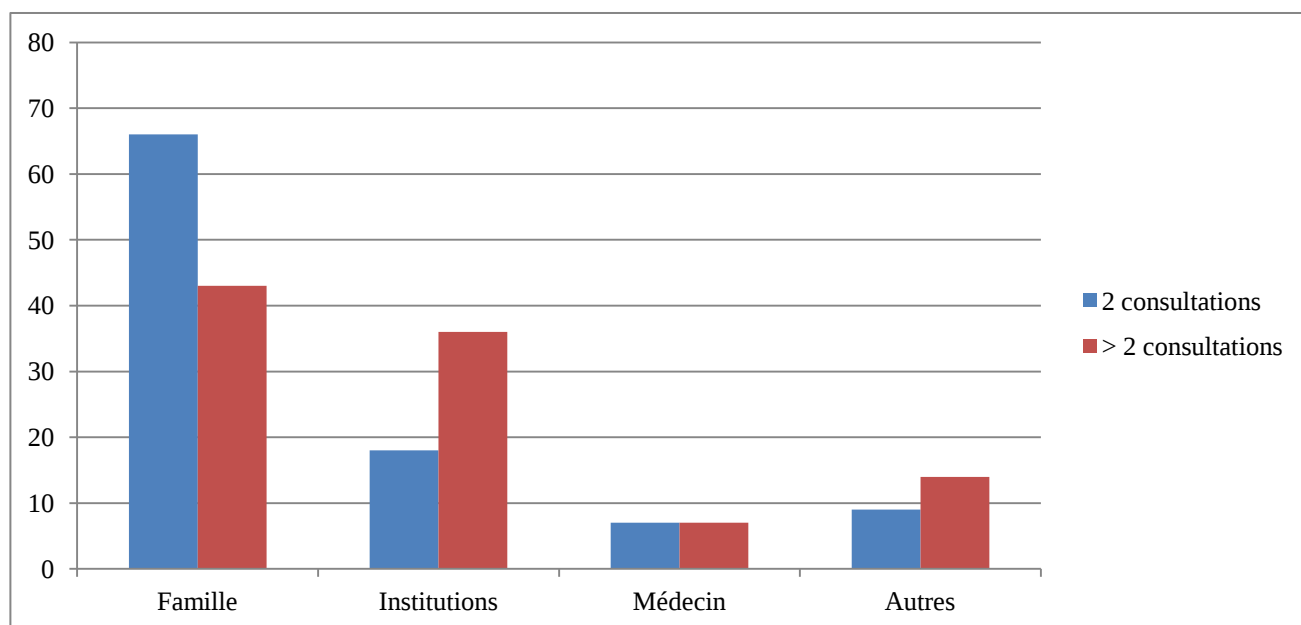
La moyenne d'âge est de 13,9 ans (avec un écart type à 2,3).

5. Adresseur

Sur la population totale, 61% des patients sont adressés aux urgences par l'entourage familial et 21% sont adressés par une institution (école ou foyer/lieu de vie). Seulement 7% sont adressés par des médecins (1,5% sont adressés par un psychiatre et 5,5% le sont par un médecin non psychiatre). La majorité des patients consultant à deux reprises et à trois et plus est adressée par l'entourage familial. Cependant, la tendance est à la diminution du nombre de patients adressés par l'entourage familial et à l'augmentation de ceux adressés par une institution, au fur et à mesure que le nombre de passages augmente.

Figure 4 :

Comparaison des adresseurs des patients consultant à deux reprises avec ceux des patients consultant au minimum à trois reprises (%)

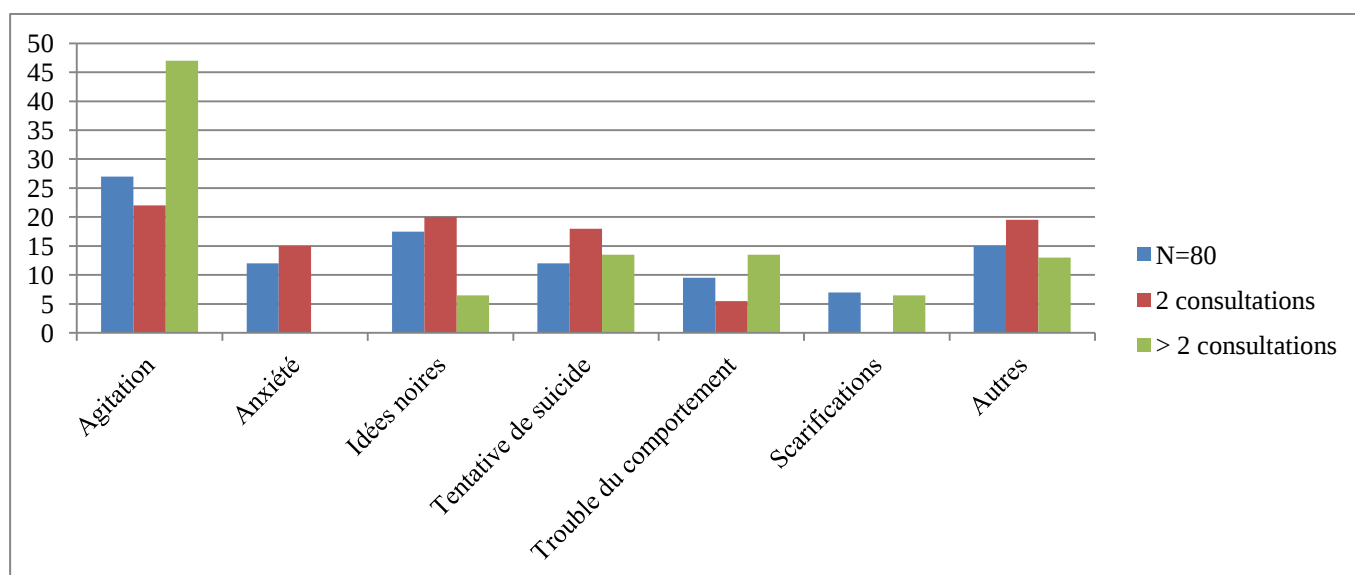


6. Motifs de consultation

Plus le nombre de passages est important, plus les troubles à expression comportementale (agitation, tentative de suicide, trouble des conduites et du comportement et scarifications) sont représentés. Ce motif de consultation constitue 55,5% des motifs de consultation de la population totale, 66,7% de ceux des patients consultant à deux reprises et 80% de ceux consultant au moins à trois reprises. Le principal motif de consultation, quel que soit le nombre de passage, est l'agitation.

Figure 5 :

Comparaison du motif de consultation entre la population totale, les patients consultant à deux reprises et ceux consultant au minimum à trois reprises (%)



7. Suivi psychologique ou pédopsychiatrique

59% de la population totale a un suivi psychiatrique ou psychologique en cours. Dans la population consultant à deux reprises, le suivi est présent à 51% et atteint 88% chez ceux consultant au minimum trois fois.

8. Hospitalisation en psychiatrie

La tendance est la même que pour le suivi psychiatrique : on retrouve un nombre plus important de patients ayant un antécédent d'hospitalisation dans la population consultant au minimum à trois reprises : environ 69% versus 36% dans la population consultant à deux reprises.

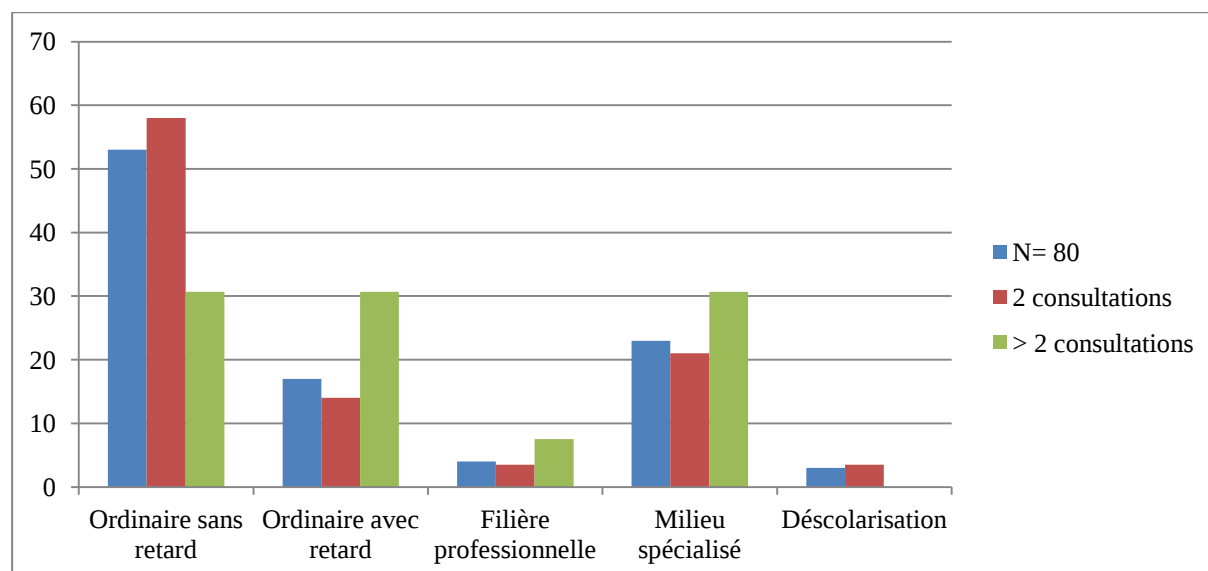
9. Comorbidités

La majorité des patients qui consultent aux urgences présentent des comorbidités. Elles peuvent être personnelles psychiatriques pour 42% de la population totale, comme un antécédent personnel de pathologie psychiatrique, un traumatisme ou une agression, ou bien familiales, comme une situation précaire, un antécédent familial somatique ou psychiatrique ou une addiction parentale, ce qui concerne 39,5% de la population totale. Par contre, les comorbidités personnelles somatiques ne sont présentes que chez très peu de patients (environ 3%).

10. Scolarité

Figure 8 :

Comparaison du mode de scolarité entre la population totale, celle consultant à deux reprises et celle consultant au minimum à trois reprises (%)



Filière professionnelle : BEP, CAP, baccalauréat professionnel

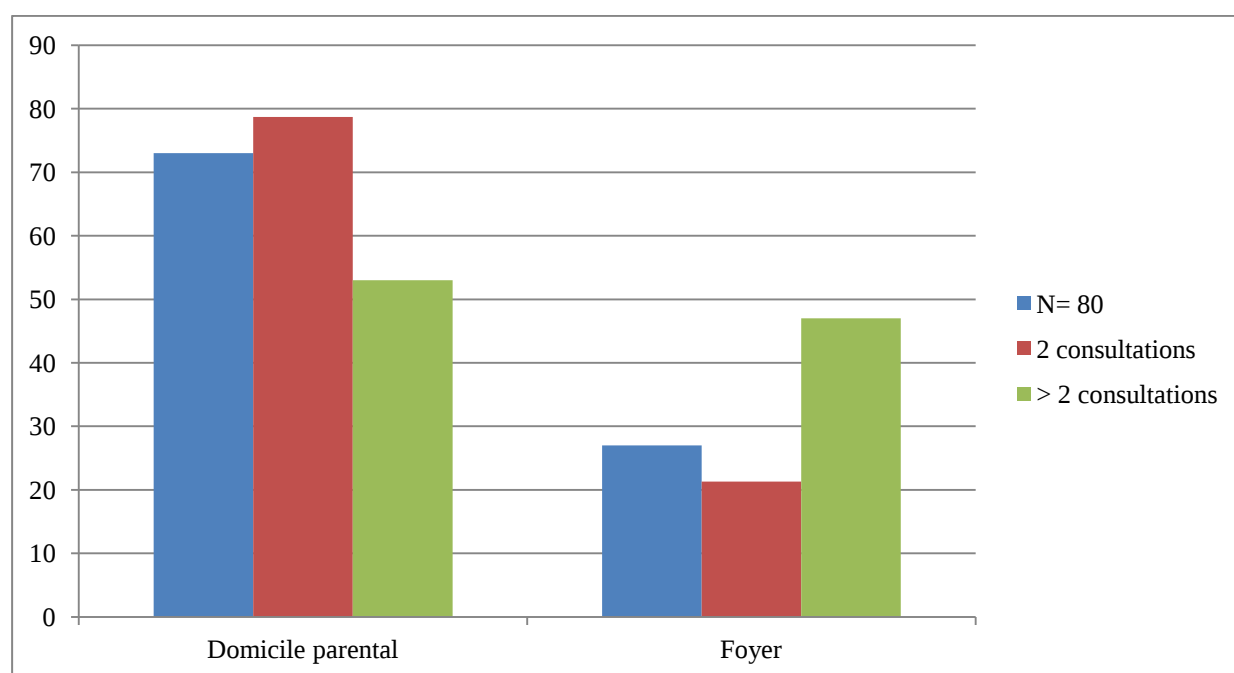
Milieu spécialisé : Instituts médico-éducatifs (IME), Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP), Sections d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA)

11. Hébergement

La grande majorité des patients vivent au domicile parental (environ 75%).

Figure 9 :

Comparaison du lieu d'hébergement entre la population totale, celle consultant à deux reprises et celle consultant au minimum à trois reprises (%)

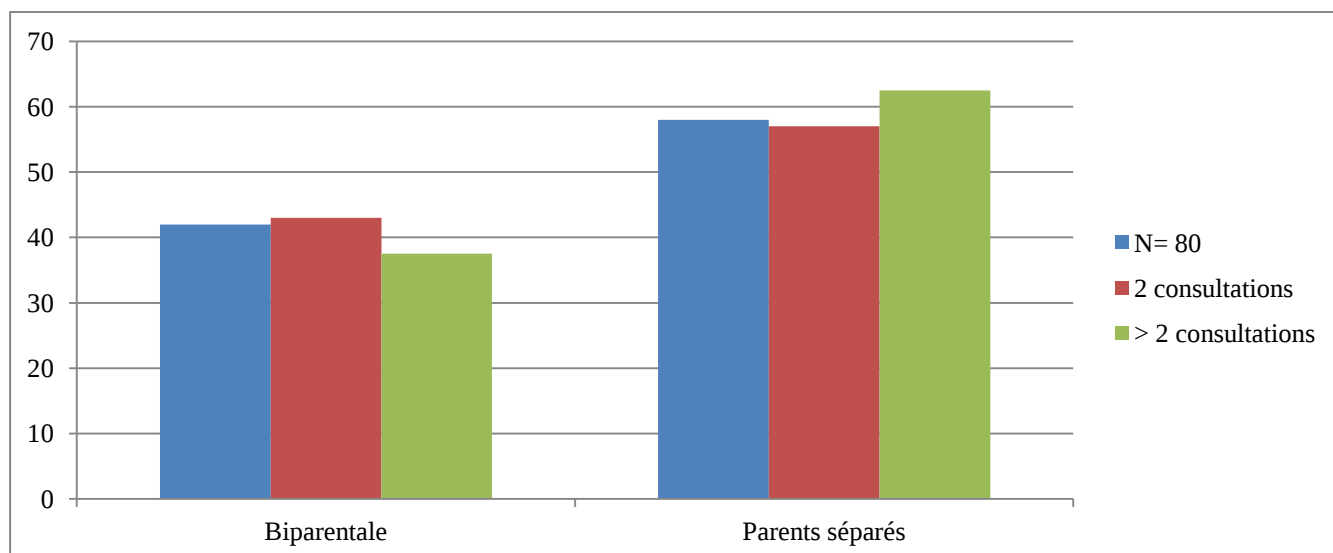


12. Configuration familiale

Parmi la population totale étudiée, 42% vivent avec leurs deux parents et 58% ont des parents séparés (la configuration familiale est alors soit une famille monoparentale soit une famille recomposée). Dans la population consultant à deux reprises, les proportions sont à peu près identiques à celle de la population totale mais dans la population consultant à trois reprises, la proportion de patients ayant des parents séparés augmente légèrement.

Figure 10 :

Comparaison de la configuration familiale entre la population totale, celle consultant à deux reprises et celle consultant au minimum à trois reprises (%)



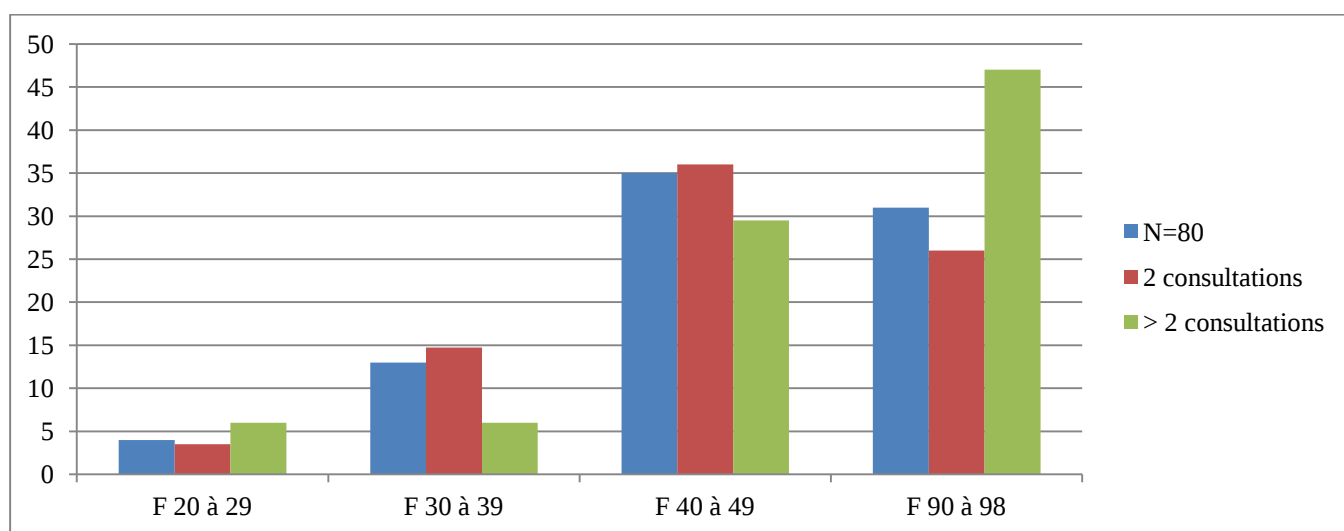
13. Adoption

Environ 9% de la population étudiée sont des enfants adoptés.

14. Diagnostic selon la CIM 10

Figure 11 :

Comparaison des diagnostics selon la CIM 10 entre la population totale, celle consultant à deux reprises et celle consultant au minimum à trois reprises (%)



Légende :

F 20 à F 29 : schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants

F 30 à F 39 : troubles de l'humeur

F 40 à F 49 : troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes

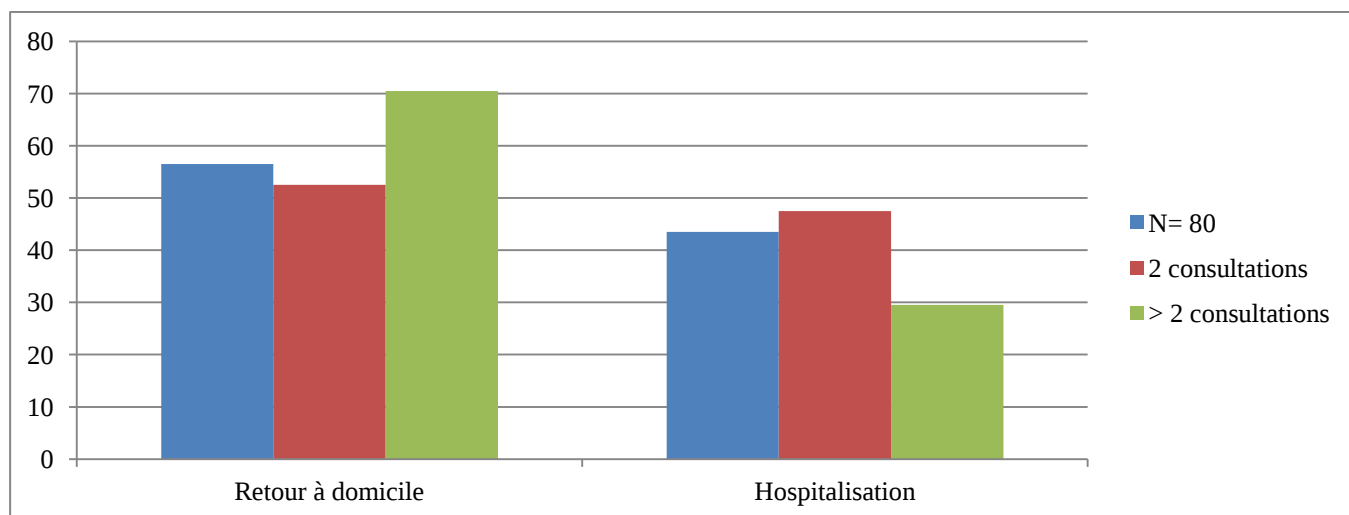
F 90 à F 98 : troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence

15. Orientation à l'issue de la consultation

Les patients consultant au minimum à trois reprises sont moins hospitalisés que ceux consultant à deux reprises.

Figure 12 :

Comparaison de l'orientation entre la population totale, celle consultant à deux reprises et celle consultant au minimum à trois reprises (%)

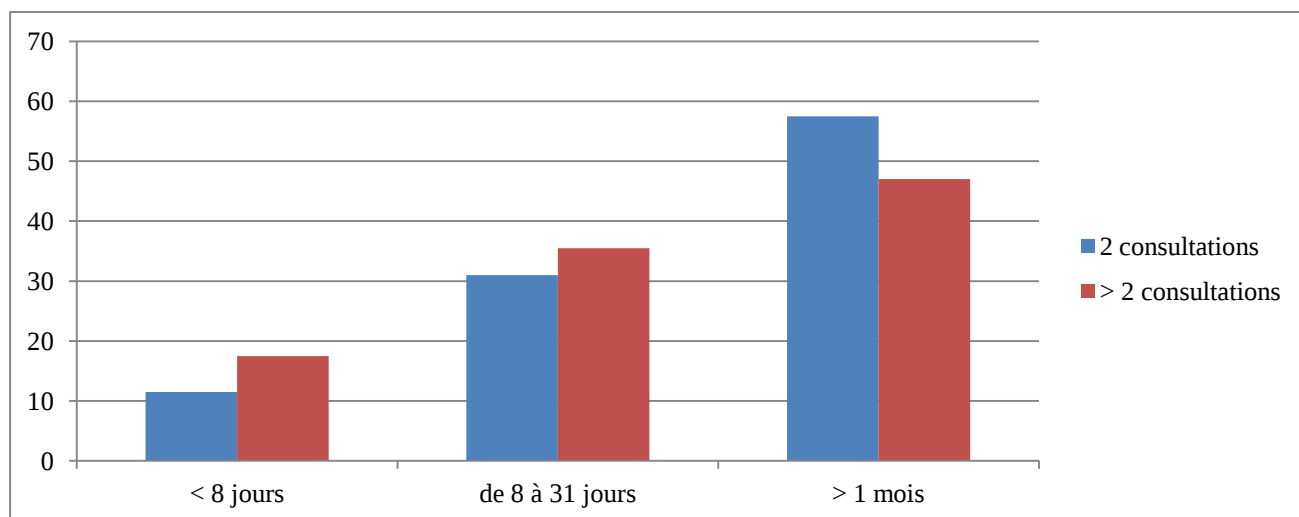


16. Délai entre deux consultations

Dans la population totale, 55 % des patients reviendront entre un et six mois après la consultation initiale. 32 % reviendront entre 8 et 31 jours et seulement 13 % reviendront la semaine suivante. Parmi la population consultant à deux reprises, 57% consulteront la deuxième fois plus d'un mois après la première consultation, ce qui concerne 69% de la population consultant au minimum trois fois.

Figure 13 :

Comparaison du délai entre la première et la deuxième consultation entre la population consultant à deux reprises et celle consultant au minimum à trois reprises (%)

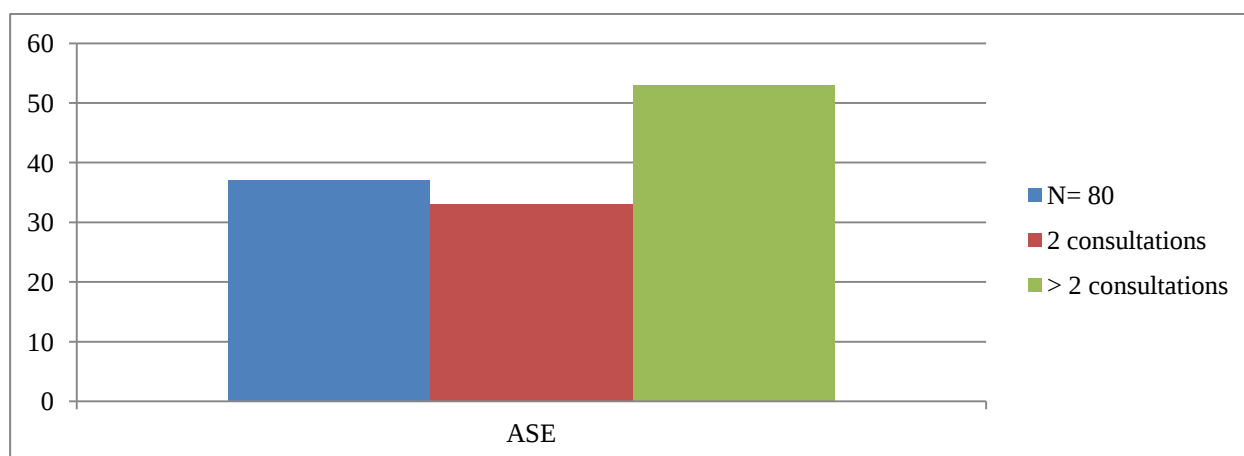


17. Aide Sociale à l'Enfance

37% des enfants et des adolescents de la population totale étudiée sont sous la protection de l'Aide Sociale à l'Enfance. Dans la population consultant à deux reprises, ils sont 33% alors qu'ils sont 53% dans la population consultant au minimum à trois reprises.

Figure 14 :

Comparaison du nombre d'enfants et d'adolescents sous la protection de l'ASE entre la population totale, celle consultant à deux reprises et celle consultant au minimum à trois reprises (%)



Légende :

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

18. Toxiques

39% des sujets de la population totale étudiée ont déjà consommé un ou plusieurs toxiques (alcool, cannabis ou autre). Ils sont 28,5% dans la population consultant à deux reprises alors qu'ils sont 89% dans la population consultant au minimum à trois reprises.

19. Résumé des résultats de l'analyse descriptive pour la population totale

Dans notre étude, la majorité des consultants multiples ne réalise que deux passages en six mois et le second passage a lieu plus d'un mois après la consultation initiale. Elle est constituée majoritairement de filles et la moyenne d'âge est de 14 ans. Plus d'un tiers sont sous la protection de l'Aide Sociale à l'Enfance et quasiment 30% sont hébergés en foyer.

Plus de 40% de la population a des comorbidités associées. Concernant les antécédents de soins pédopsychiatriques, 60% de la population a un suivi ambulatoire et plus de 40% a déjà été hospitalisée en psychiatrie. La grande majorité de la population est adressée aux urgences par l'entourage familial et le motif de consultation est le plus souvent à expression comportementale (chez pratiquement un tiers de la population, le motif de consultation est une agitation). Pour un tiers de la population, le diagnostic attribué est un « trouble névrotique, trouble lié à des facteurs de stress ou trouble somatoforme » et pour un autre tiers, il s'agit d'un « trouble du comportement et trouble émotionnel apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence ». A l'issue de la consultation, plus de la moitié (environ 55%) rentre à domicile.

B. Analyse comparative entre la population à passage unique et celle à passages multiples

1. Age

Dans la population à passage unique, la majorité des sujets sont âgés de plus de 15 ans. Chez les consultants multiples, le plus grand nombre se situe dans la tranche d'âge 12-15 ans.

Figure 15 :

Comparaison de la répartition des âges entre la population à passage unique et celle à passages multiples (%)

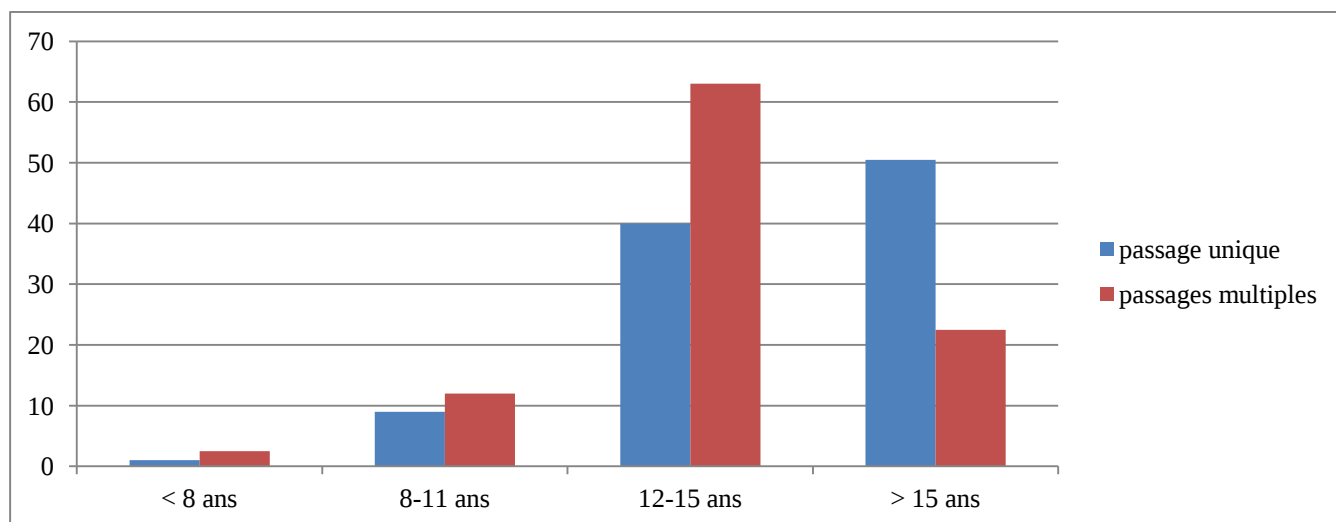
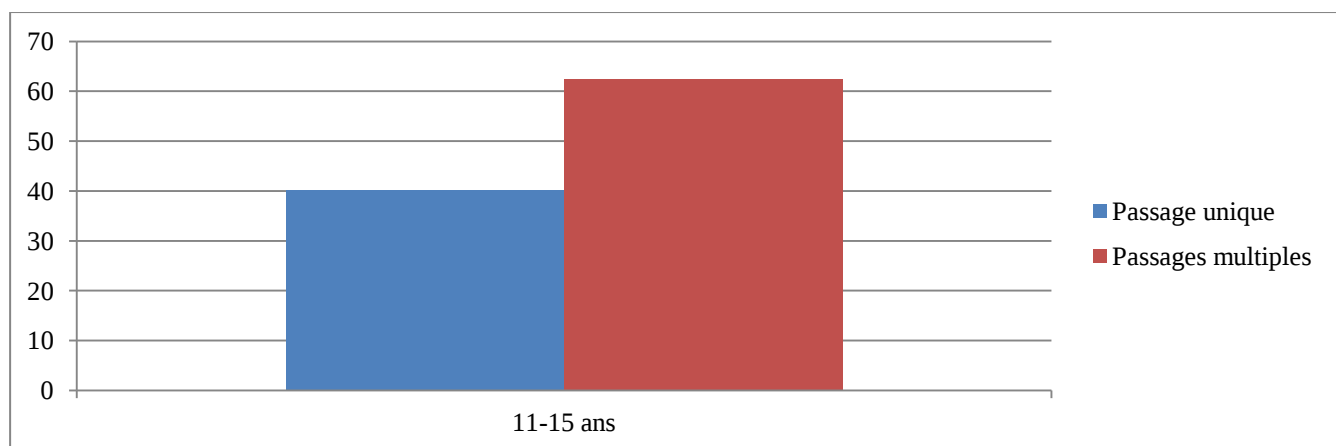


Figure 15 bis :

Comparaison des classes d'âge entre la population à passage unique et celle à passage multiples (%)



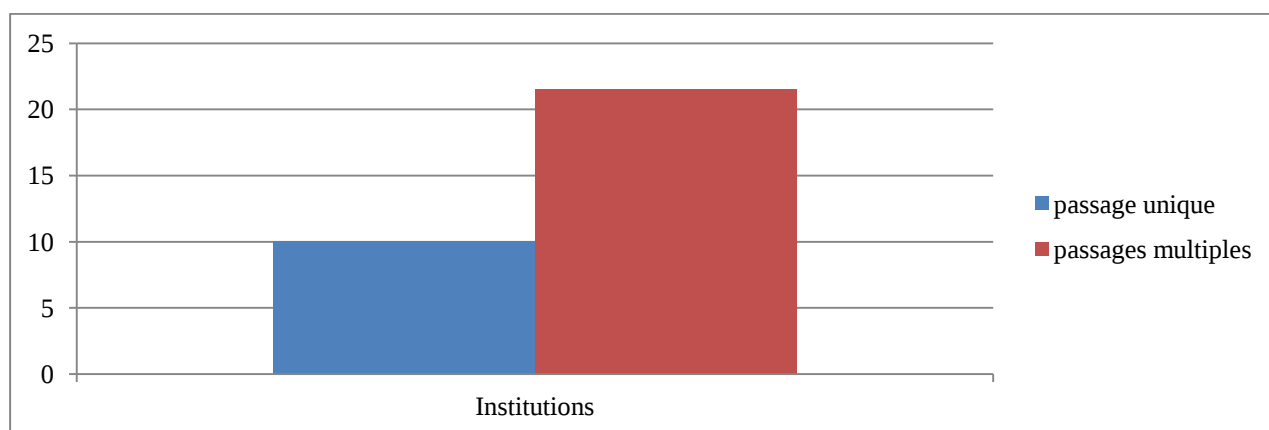
Test Khi-2 : $p < 0,01$

2. Adresseur

Un consultant multiple à un risque deux fois plus élevé d'être adressé par une institution (RR= 2,4 – IC 95% 1,02-5,4.)

Figure 16 :

Comparaison entre la population à passage unique et celle à passages multiples adressée par une institution (%)



Test Khi-2 : p= 0,04

3. Motif de consultation

Dans la population à passage unique, le principal motif de consultation est la tentative de suicide alors qu'il s'agit de l'agitation dans la population à passages multiples. En effet, quand un patient consulte aux urgences pour agitation, le risque qu'il revienne de façon itérative est 3 fois plus important (RR= 3,2 – IC 95% 1,5-7,1).

Figure 17:

Comparaison des motifs de consultations entre la population à passage unique et celle à passages multiples (%)

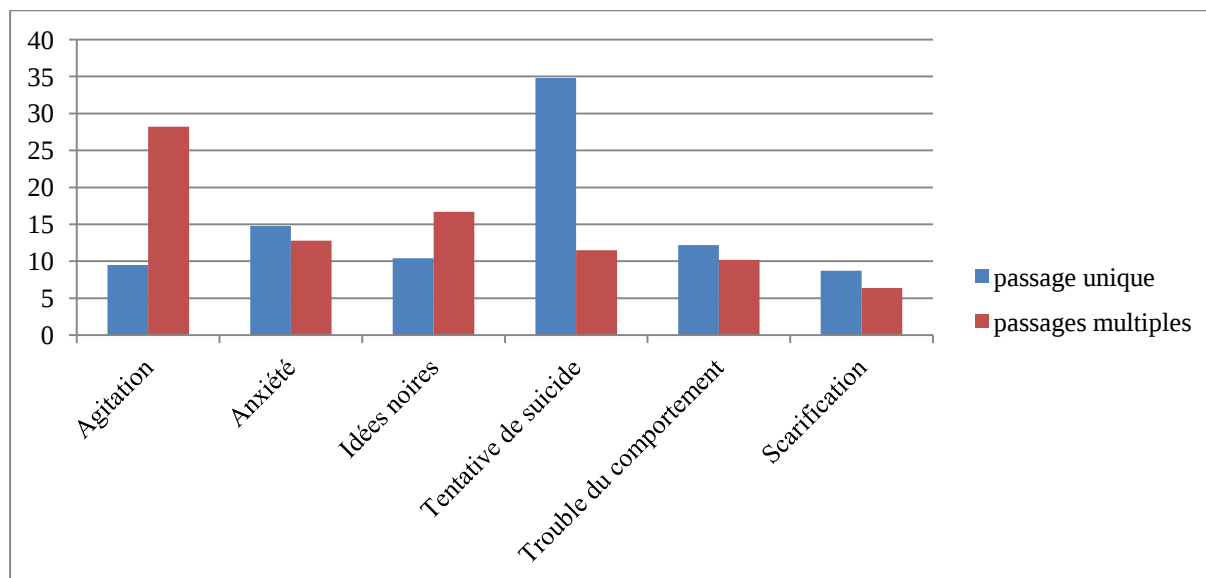
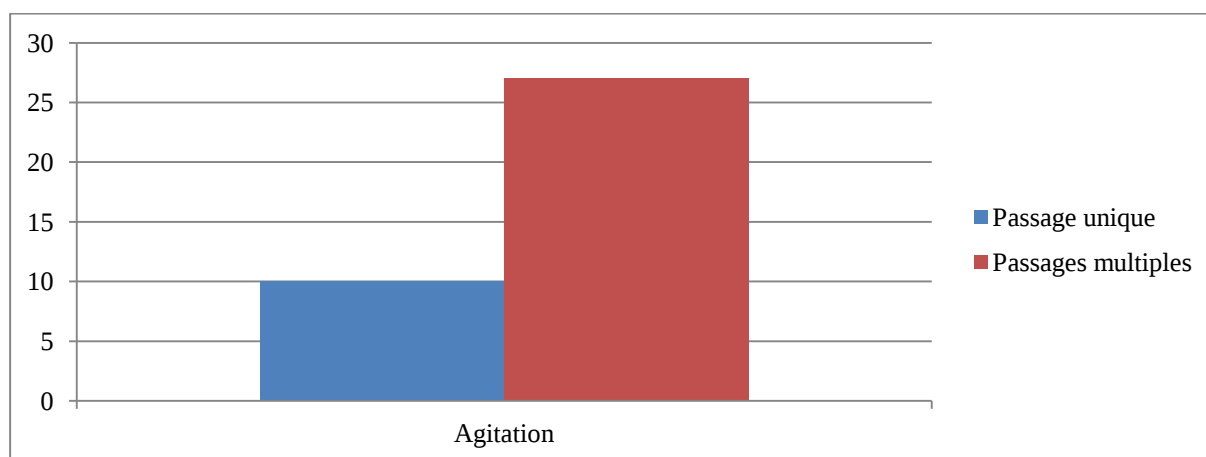


Figure 17 bis :

Comparaison du motif de consultation « agitation » entre la population à passage unique et celle à passages multiples (%)



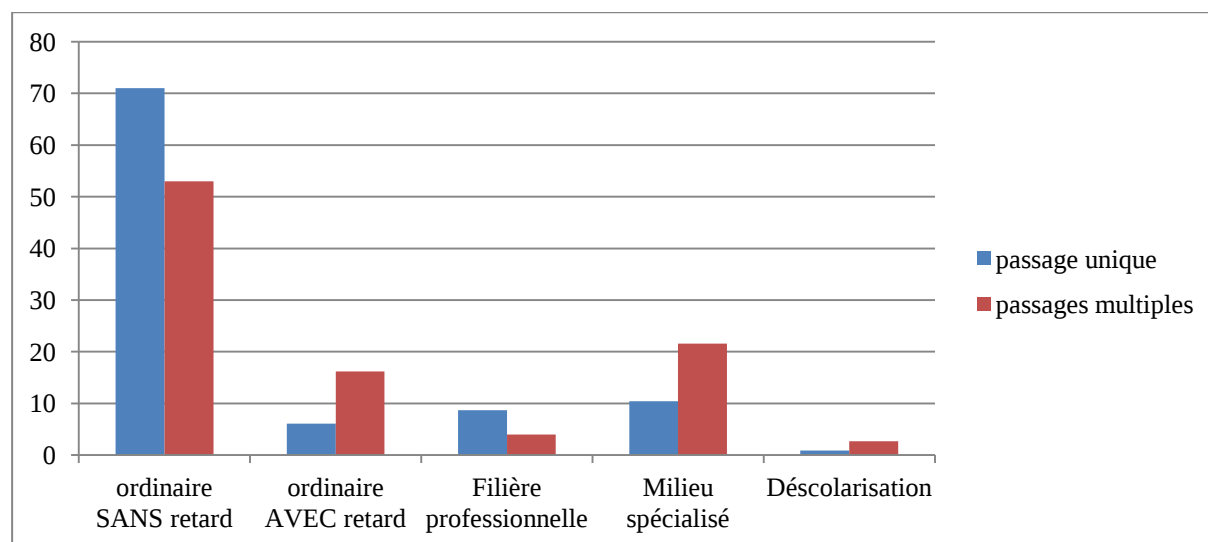
Test du Khi-2 : $p < 0,01$

4. Scolarité

Que ce soit dans la population à passage unique ou dans celle à passages multiples, le principal mode de scolarisation est la scolarité ordinaire sans retard. Cependant, plus de 40% de la population à passages multiples relèvent d'une scolarité ordinaire avec retard, d'une filière professionnelle ou d'un milieu spécialisé. En effet, lorsqu'un patient consulte à plusieurs reprises, le risque qu'il soit en retard dans sa scolarité, qu'il suive une filière professionnelle ou bien qu'il soit scolarisé en milieu spécialisé est presque 3 fois supérieur (RR= 2,8- IC 95% 1,5-5,2).

Figure 18 :

Comparaison du mode de scolarisation entre la population à passage unique et celle à passages multiples (%)



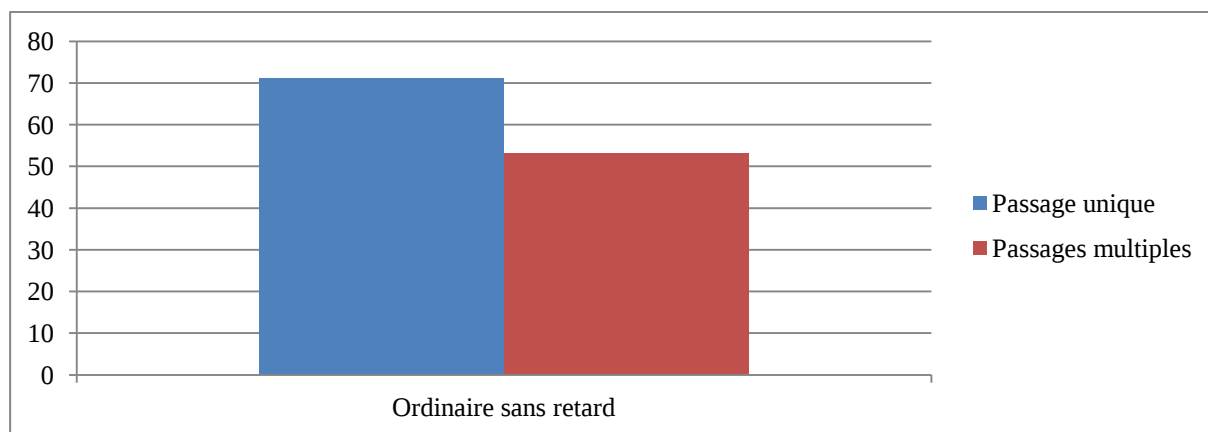
Légende:

Filière professionnelle : baccalauréat professionnel, BEP

Milieu spécialisé : SEGPA, IME, IM pro, ITEP

Figure 18 bis :

Comparaison de la scolarité en milieu ordinaire sans retard entre la population à passage unique et celle à passages multiples (%)



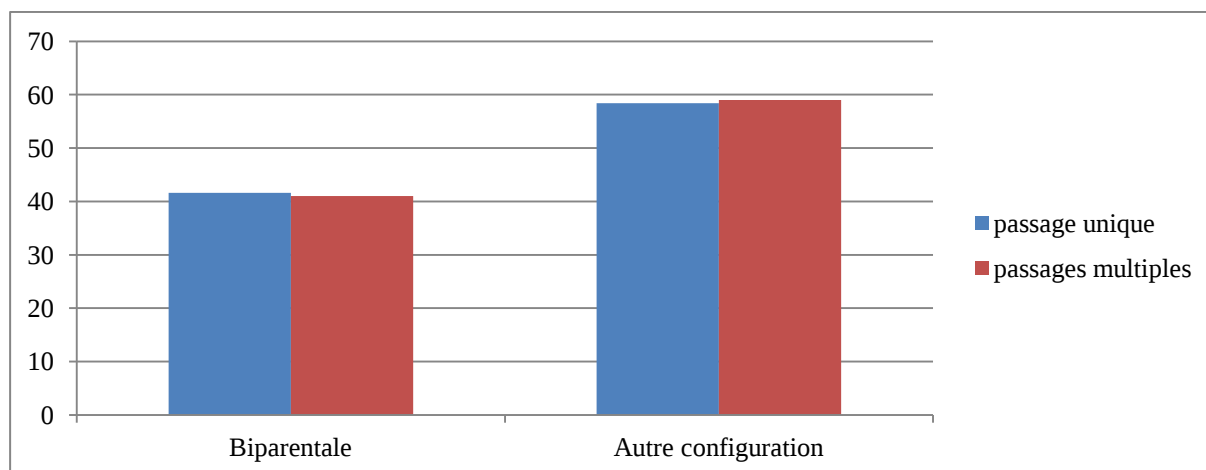
Test Khi-2 : $p < 0,01$

5. Configuration familiale

Quand on étudie la famille constituée des deux parents du mineur versus tous les autres modèles familiaux, il n'y a pas de différence significative entre la population à passage unique et celle à passages multiples.

Figure 19 :

Comparaison de la configuration familiale entre la population à passage unique et celle à passages multiples (%)



Légende :

« Autre configuration » : comprend la famille monoparentale, les familles recomposées et les orphelins d'un parent

Test Khi-2 : $p = 0,94$

6. Hébergement

Un patient hébergé en foyer a quasiment 3 fois plus de risque de revenir plusieurs fois aux urgences qu'un patient hébergé dans sa famille (RR=2,8- IC 95% 1,27-6,04).

Figure 20 :

Comparaison du lieu d'hébergement entre la population à passage unique et celle à passages multiples (%)

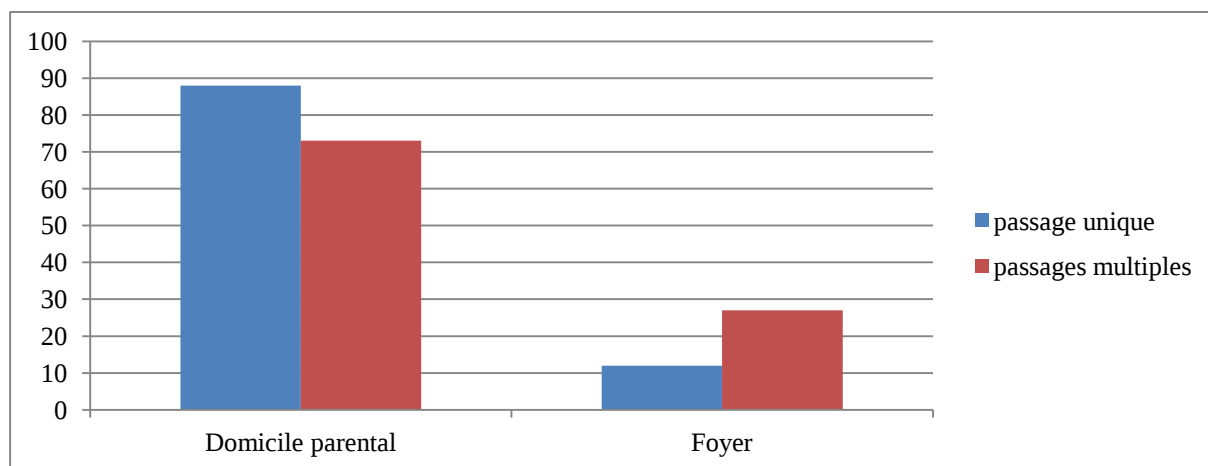
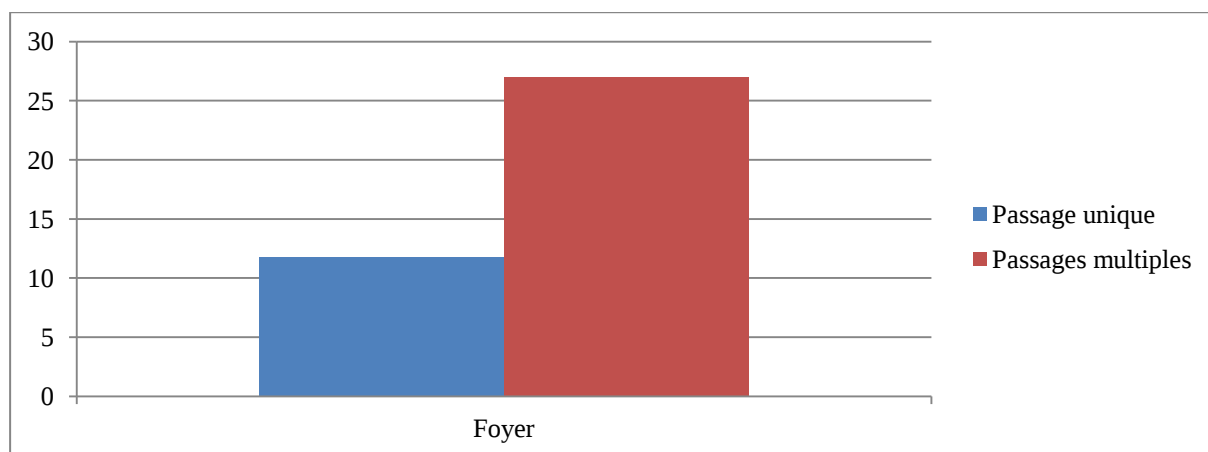


Figure 20 bis :

Comparaison du mode d'hébergement en foyer entre la population à passage unique et celle à passages multiples (%)



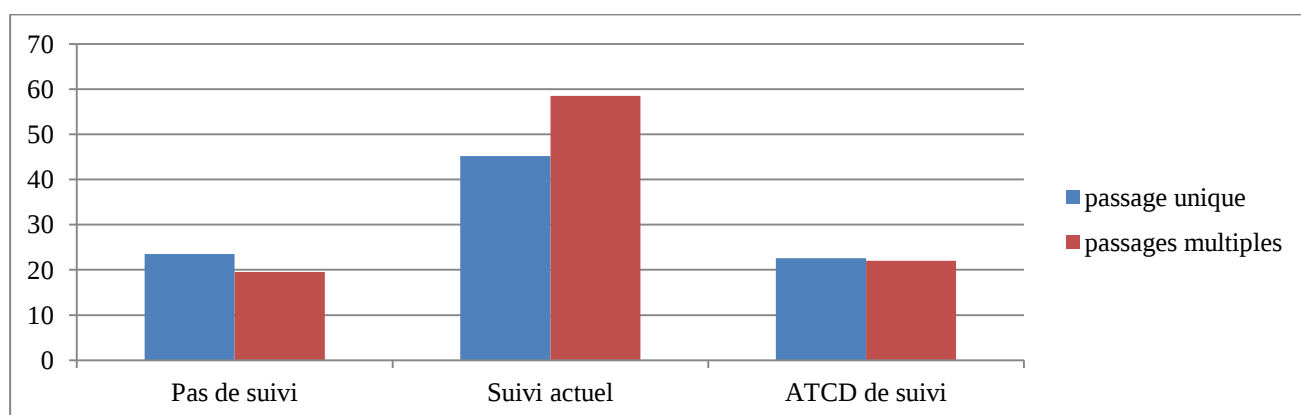
Test du Khi-2 : $p < 0,01$

7. Suivi pédopsychiatrique ou psychologique

Environ 81% des consultants multiples ont un suivi ou un antécédent de suivi alors qu'ils sont 73% dans la population à passage unique. Cette différence n'est cependant pas significative ($p=0,24$).

Figure 21 :

Comparaison du suivi pédopsychiatrique entre la population à passage unique et celle à passages multiples (%)



Légende :

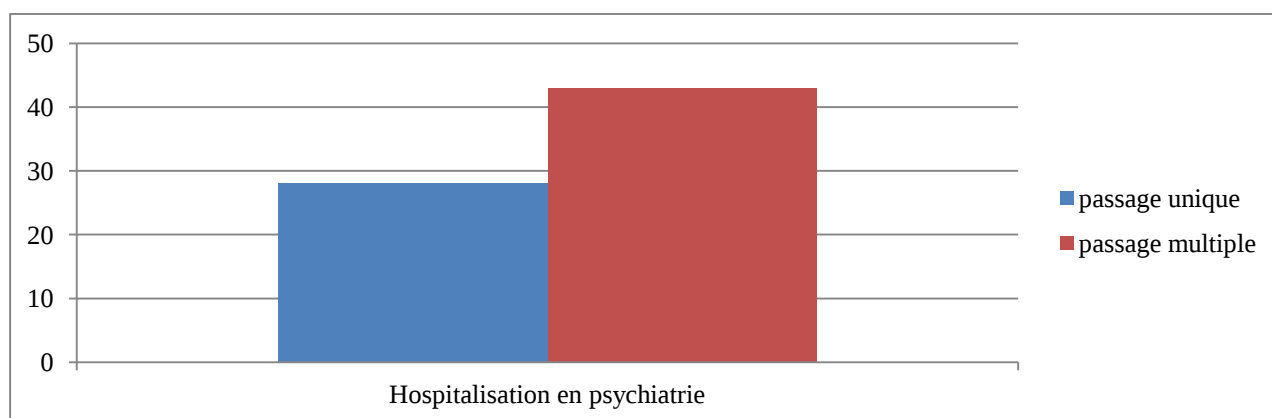
ATCD= antécédent

8. Antécédent d'hospitalisation

On retrouve nettement plus de patients qui ont un antécédent d'hospitalisation en pédopsychiatrie chez les consultants multiples que dans la population à passage unique. En effet, quand un patient a déjà été hospitalisé, le risque qu'il revienne de façon itérative est 1,5 fois plus important (RR= 1,5 IC 95% 1,01-2,3).

Figure 22 :

Comparaison d'un antécédent d'hospitalisation en pédopsychiatrie entre la population à passage unique et celle à passages multiples (%)



Test du Khi-2 : $p = 0,04$

9. Diagnostic selon la CIM 10

Les diagnostics les plus fréquemment donnés chez les consultants multiples sont « les troubles névrotiques, les troubles liés à des facteurs de stress et les troubles somatoformes » (F40-F439) ainsi que « les troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence » (F90-F98). Cependant, il n'y a pas de différence significative avec ceux de la population à passage unique (respectivement $p = 0,1$ et $p = 0,2$).

10. Orientation à l'issue de la consultation

A l'issue de la consultation, 44% de la population à passages multiples et 46% de la population à passage unique sont hospitalisées. Il n'y a donc pas de différence significative concernant l'orientation à l'issue de la consultation entre ces deux populations ($p = 0,75$).

11. Résumé des résultats de l'analyse comparative

De façon significative, les consultants multiples sont plus jeunes que ceux de la population à passage unique (la population des 11-15 ans représente 62% versus 40%, $p < 0,01$). Concernant les caractéristiques socio-démographiques, l'hébergement en foyer et une scolarité en milieu spécialisé constituent un facteur de risque de passages multiples (pour chacun, le risque est multiplié par 3). En termes de soins pédopsychiatriques, il n'y a pas de différence significative pour le suivi ambulatoire au contraire de l'antécédent d'hospitalisation : un antécédent d'hospitalisation en pédopsychiatrie constitue un facteur de risque de passages multiples (risque multiplié par 1,5). Enfin, les consultants multiples sont, de manière significative, davantage adressés aux urgences par une institution (risque multiplié par 2,5) et le risque d'être adressé pour le motif d'une agitation est multiplié par 3.

IV. Discussion

A. Analyse des résultats de l'étude

Les données de l'étude mettent en exergue des caractéristiques des consultants multiples qui corroborent ceux de la littérature.

1. Urgences pédopsychiatriques et passages multiples

Dans cette étude, 15,4% de la population consultant aux urgences pour un motif pédopsychiatrique revient au moins une deuxième fois dans les six mois suivant le premier passage. Dans l'étude de Healy et al. (22) 25% feront au moins un second passage dans l'année qui suit la consultation initiale. Notre proportion de « deuxième consultation » est inférieure mais notre suivi n'est que de six mois après la visite initiale et non d'un an comme dans cette étude ; nous avons tendance à penser que les données se seraient rejointes si la durée de notre étude s'était prolongée à un an. Quoi qu'il en soit, d'autres études anglo-saxonnes ont évalué le taux de passages multiples : pour Stewart et al. (23) 17,7% reconsulteront dans l'année qui suit la visite initiale, ce qui est donc nettement moindre que Healy et al. Dans l'étude de Newton et al (24) plus d'un tiers des sujets consulte de façon multiple mais il s'agit d'un suivi sur quatre ans.

Plusieurs études s'accordent à dire que la fréquentation des urgences pour motif pédopsychiatrique a augmenté ces dernières décennies. Nous pouvons avancer plusieurs hypothèses qui pourraient également expliquer les passages à répétition. Pour beaucoup d'enfants et d'adolescents (plus de 50% selon Healy et al (22) et Santo et Manuel (25)), les

urgences représentent le premier contact avec le soin psychiatrique. C'est également une modalité d'accès aux soins qui correspond bien aux adolescents puisqu'elle répond à leur « désir » d'immédiateté, tout en proposant une stigmatisation moindre et une consultation sans leurs représentants légaux. De plus, ce mode de consultation, ponctuel, peut leur donner l'illusion qu'ils n'ont pas besoin de s'engager dans une prise en charge à long terme. En effet, un suivi psychologique engage l'individu sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois, ce qui peut paraître difficile à certains adolescents qui vivent plutôt « au jour le jour ». Par ailleurs, un suivi est ressenti comme plus stigmatisant. Pour certains auteurs, il y aurait également un lien entre l'augmentation du taux de réadmission aux urgences et la diminution des durées d'hospitalisation (20) (26). Les restrictions budgétaires ont conduit à une diminution du nombre d'hospitalisations, mais également de la durée d'hospitalisation alors que parfois, la psychiatrie a besoin de temps pour apporter une solution adéquate à un problème clinique. Cela pose d'autant plus de problème que la pédopsychiatrie ambulatoire n'est pas suffisamment armée pour faire face à cette situation, avec l'instauration dans certains secteurs d'une liste d'attente pour un premier rendez-vous et des délais de consultation qui augmentent (27).

Tout ceci concourt à une augmentation de la fréquentation des urgences. Il semblerait donc nécessaire de repenser les offres de soins pédopsychiatriques. L'idéal, afin d'éviter que les urgences soient la seule réponse possible aux adolescents, serait d'être capable d'être dans leur temporalité et de pouvoir répondre à leur immédiateté. A Toulouse, il a été créé un hôpital de jour « réactif » : l'équipe rencontre le jeune patient dans les 24h et propose des prises en charge sous forme de demi-journées afin d'éviter au maximum des hospitalisations à temps plein. C'est pourquoi, de plus en plus, l'offre de soins tend à s'organiser pour s'adapter à la temporalité de l'adolescent. Dans certains CMP, les adolescents peuvent se présenter sans rendez-vous sur les heures d'ouverture, comme au CMP ado à Nancy. Le travail en réseau

avec tous les partenaires qui interviennent auprès des adolescents, est également primordial. Un certain nombre existe déjà, tel que DERPAD en région parisienne, RAP 31 à Toulouse et RESADOS 82 à Montauban.

2. Nombre de passages aux urgences pendant les six mois d'étude

Parmi les 80 patients étudiés, 62 reviennent deux fois, 10 reviennent trois fois, 5 reviennent quatre fois, 2 reviennent cinq fois et un seul revient sept fois. Etant donné la faible proportion de patients consultant plus de deux fois nous avons choisi de regrouper tous les patients consultant au minimum trois fois. Cela nous permettait d'obtenir deux groupes aux effectifs plus conséquents, l'un composé de 62 patients et l'autre de 18 patients.

3. Caractéristiques socio-démographiques

Contrairement à la plupart des études qui retrouvent une majorité de garçons chez les consultants multiples (15) (28) (29), nous avons une nette majorité de filles (62,5%). Nos résultats rejoignent alors plutôt ceux des études de Stewart et al (23) ainsi que de Newton et al (18) qui ont également retrouvé une majorité de fille (respectivement 72,9% et 56,5%). Dans l'étude de Blondon et al (1), les filles sont majoritaires chez les consultants âgés de plus de 13 ans.

60% de la population est âgée de 13 à 15 ans et 80% de 13 à 17 ans. Ceci rejoint l'étude de Goldstein et al (15) qui a retrouvé une population plutôt âgée de 10 à 15 ans, ainsi que celle de Newton et al (18) qui situe plutôt les « consultants multiples » dans la tranche d'âge 13-17 ans.

En ce qui concerne l'environnement familial, 58% des patients ont des parents séparés. La séparation parentale peut-être un facteur de fragilité psychique, d'autant plus si elle est survenue récemment. Concernant le lieu d'hébergement, 73% vivent au domicile parental. Lorsqu'un jeune est hébergé en foyer, le risque qu'il revienne de façon répétée est multiplié par trois ($p=0.0092$) et 37% de la population étudiée est sous la protection de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Ce critère a déjà été repéré comme un facteur pronostique de consultations multiples aux urgences dans de nombreux travaux (14) (15) (18) (19) (21) (30) (31) (32). Cela s'explique probablement par le fait que les enfants et adolescents hébergés dans ces structures de vie sont séparés d'une famille qui dysfonctionne, sont le plus souvent eux-mêmes en souffrance et vivent avec d'autres jeunes également en souffrance. Parallèlement, ces structures manquent souvent de moyens et de temps d'écoute à leur accorder. A Nancy, l'équipe de liaison du CMP adolescents réalise déjà un travail en partenariat avec ces structures socio-éducatives. Depuis sa mise en place, les consultations émanant des structures de protection de l'enfance ont pu diminuer car leurs interventions permettent de désamorcer des situations qui se seraient sinon dégradées pour aboutir à « la crise » et donc à la consultation aux urgences. Le parcours de ces jeunes placés en foyer est souvent marqué par de nombreuses ruptures (rupture d'avec le milieu familial, changements parfois multiples de lieu de vie avec éventuellement changement d'établissement scolaire, parfois changement de référent ASE). De par leur histoire, ces jeunes ont souvent un profil abandonnique et leur environnement n'est pas toujours suffisamment contenant et rassurant. Souvent, il existe également des ruptures dans la prise en charge (voulue ou subie par un changement de lieu de vie) et la consultation aux urgences fait justement « office » de continuité des soins. Pour cette population particulière, cela nous paraît d'autant plus important de travailler en réseau afin de « rassembler » les actes et les pensées autour du jeune et de recréer un lien de

confiance à l'autre. La tâche est d'autant plus difficile que les intervenants sont multiples et parfois variables dans le temps et dans l'espace.

4. L'entourage familial, principal adresseur aux urgences

Plus de la moitié de la population est adressée par l'entourage familial, ce qui rejoint l'étude de Blondon et al (1). Cela peut s'expliquer de plusieurs façons. Tout d'abord, la population est probablement mieux informée aujourd'hui des possibilités d'accueil aux urgences pour un motif pédopsychiatrique. Cette modalité de recours aux soins est d'autant plus utilisée que les délais de consultation en ambulatoire s'allongent. Ensuite, pour certains parents, cette modalité d'accès aux soins est devenue plus systématique. En effet, cet accès rapide, nuit et jour, sans la nécessité de consultation préalable auprès d'un médecin et sans prise de rendez-vous semble mieux convenir à une frange de population qui réagit dans l'immédiateté. Par contre, bien que l'adresseur principal pour le consultant multiple soit également l'entourage familial, un consultant multiple a un risque deux fois supérieur d'être adressé par une institution. Dans ce cas, l'institution prédominante est le foyer d'hébergement.

5. Les troubles à expression comportementale sont les principaux motifs de consultation

Chez les consultants multiples, plus de la moitié des motifs de consultation sont à expression comportementale : une agitation, une tentative de suicide, un trouble des conduites/du comportement, ou des scarifications. Ceci rejoint l'étude de Blondon et al (1) qui a retrouvé environ 50% de conduites agies comme motif de consultation (tentative de suicide, fugue,

agitation et agressivité) ainsi que celle de Goldstein et al (15) pour qui les troubles du comportement ou des conduites représentent 54% des motifs de consultation. Toujours dans cette même population, les troubles plus spécifiquement psychiatriques (anxiété, troubles de l'humeur ou troubles à expression somatique) représentent environ 40% des motifs de consultation, proportions comparables à celles de l'étude de Blandon et al. Seulement 4% des motifs de consultation concernent les intoxications sans but suicidaire. Selon une étude américaine (33), très peu d'enfants et d'adolescents sont admis aux urgences pour le motif d'intoxication éthylique aiguë (0,27% des consultations aux urgences pédiatriques) alors que 42% déclaraient avoir consommé de l'alcool dans le mois précédent leur consultation aux urgences, et pour 24% sur un mode de « binge drinking ». L'intoxication éthylique aiguë n'est donc pas réellement une situation qui amène à consulter aux urgences mais qui est plutôt gérée dans l'intimité des familles et du réseau amical. Par contre, cette même étude avance que 20% des 16-17 ans qui consultent aux urgences pour un autre motif ont un taux d'alcoolémie positif. On peut donc supposer que si un dépistage plus élargi et systématique était réalisé dans des situations précises (comme dans certains traumatismes par exemple), le pourcentage d'intoxication éthylique serait plus important. Ceci pourrait être pertinent, surtout lorsqu'on se dit que la prise d'alcool est souvent associée à cet âge à d'autres conduites à risque. Quand nous comparons les deux populations (passage unique et passages multiples), nous nous apercevons que le principal motif de consultation est la tentative d'autolyse pour les passages uniques et l'agitation pour les passages multiples. De plus, la comparaison du motif d'admission pour agitation entre ces deux populations est nettement significative ($p=0,0025$). Selon Ferrari et Speranza (14) ainsi que Edelsohn et Gomez (34), il existe une augmentation de la fréquentation des urgences pour des motifs psychiatriques dits « non urgents », c'est-à-dire pour des motifs qui ne sont ni un épisode psychotique aiguë, ni une tentative de suicide. L'augmentation des accueils concernent surtout les troubles des

conduites et les troubles du comportement. Peut-on dire pour autant que les jeunes patients présentent plus de troubles du comportement et des conduites qu'avant ? Ou bien est-ce les adultes et la société qui ne savent plus comment répondre ni proposer de solution contenant propice à l'apaisement ? Quoi qu'il en soit, les urgences semblent être une solution simple et efficace pour l'environnement. Là encore, un travail en amont serait nécessaire : travail avec le jeune pour tenter de diminuer les situations de crise et travail avec l'environnement pour la gestion des crises. Pour Christodulu et al (21), le profil du consultant multiple est le patient pris en charge par les services sociaux, admis pour un trouble des conduites ou oppositionnel, ou un trouble de l'adaptation avec hétéroagressivité avec en général, moins de compliance au suivi ; de même pour De Vries et al (31). Cette population fragilisée nécessite donc des soins particuliers qui visent à rétablir une continuité dans le soin et le rétablissement d'un lien durable avec l'adulte. D'où l'importance du travail en partenariat avec toutes les institutions qui prennent en charge le jeune patient.

6. Le jeune patient et le soin psychiatrique

Les consultants multiples ne sont pas suivis davantage en pédopsychiatrie que ceux de la population à consultation unique ($p= 0,24$). Cela s'explique peut-être par le manque de compliance aux soins ambulatoires de certains jeunes. Nous pouvons également expliquer cela par le fait qu'un jeune, bien qu'il soit déjà suivi en ambulatoire, s'oriente vers les urgences dans les situations où son soignant référent est dans l'impossibilité de répondre à sa demande. En effet, certains moments sont « propices » à une situation de crise tels que les soirs, les veilles de départ dans la famille ou le jour du retour au foyer (dimanche soir).

Par contre, la différence d'antécédent d'hospitalisation en pédopsychiatrie est significative entre la population à passage unique et celle à consultations multiples ($p= 0,0438$), en faveur

de cette dernière. Cela rejoint l'étude de Christodulu et al (21), et peut s'expliquer par le fait qu'un certain nombre d'hospitalisations se fait au décours d'un passage aux urgences.

7. Les mêmes orientations à l'issue de la consultation mais pas forcément les mêmes réponses thérapeutiques

Concernant l'orientation à l'issue de la consultation, on constate que davantage de patients venus deux fois sont hospitalisés (pratiquement 55%) par rapport à ceux venus au minimum trois fois (30%). Est-ce que ceux qui consultent au minimum trois fois ont déjà été hospitalisés antérieurement et que l'hospitalisation a montré ses limites et n'a pas forcément permis de résoudre la problématique ? Il se peut aussi que certains patients cherchent « refuge » en service d'hospitalisation afin d'échapper à certaines contraintes scolaires ou judiciaires.

Par contre, contrairement à l'étude de Christodulu et al (21), nous n'avons pas retrouvé davantage d'hospitalisation dans la population à passages multiples ($p = 0,75$). Pour Goldstein et al (15), une hospitalisation à l'issue d'une consultation aux urgences pour un trouble du comportement serait associée à une diminution d'un retour ultérieur aux urgences. Dans leur étude, Blondon et al (1) ont mis en évidence une très nette baisse du nombre d'hospitalisation entre 1981 et 2002 (de 76% à à peine 20%). Désormais, un suivi ambulatoire est privilégié. Cela rentre probablement dans le cadre de la politique de la réduction des coûts de la santé (diminution du nombre de lits d'hospitalisation) mais certainement pas uniquement ; en effet, nous avons lu dans la littérature que les motifs de consultation avaient évolué (5), avec une augmentation du nombre de consultations pour « des demandes urgentes » et non pour des « urgences de soins » (1), voire même des « visites non urgentes » selon certains auteurs (34). Nous avons déjà abordé cela dans l'introduction au sujet de la notion de « crise » et

« d'urgence ». La pratique médicale et donc les orientations thérapeutiques ont forcément suivi ces évolutions. Ceci étant dit, nous n'avons pas de différence significative concernant l'orientation à l'issue de la consultation, mais cela ne signifie pas que nous avons pour autant les mêmes réponses thérapeutiques. Comme nous le disions précédemment, plus d'un tiers des consultants multiples est sous la protection de l'ASE et les équipes pédopsychiatriques ont adapté leur prise en charge avec la création d'équipe mobile ou de liaison, chargée de travailler le lien entre le patient, les structures socio-éducatives et les structures sanitaires.

8. Une scolarité plus compliquée, principalement pour ceux consultant au minimum trois fois

Dans la population ne consultant que deux fois en six mois, pratiquement 60% suivent une scolarité ordinaire sans retard. Alors que dans la population consultant au minimum trois fois, nous avons une répartition quasi équitable entre la scolarité ordinaire sans retard, la scolarité ordinaire avec retard et la scolarité en milieu spécialisé (ITEP, IME, IMPro, SEGPA). Nous avons également remarqué qu'il existe une différence significative concernant la scolarité ordinaire sans retard entre la population à passage unique et celle à passages multiples (respectivement 71,5% et 47,5%, $p = 0,001$). Nous pouvons imaginer que les patients en difficultés scolaires le sont souvent pour des raisons psychologiques. L'échec scolaire peut également avoir des retentissements directs sur l'humeur d'un enfant ou d'un adolescent ou sur l'ambiance familiale. Il n'est donc pas étonnant de retrouver une proportion de jeunes en difficultés scolaires plus élevée parmi ceux qui consultent plusieurs fois aux urgences en six mois.

9. Des consultations espacées

Nous avons constaté que 32% des patients reviennent en consultation dans le mois suivant le passage initial et que la grande majorité (55%) reviennent entre un et six mois après ce premier passage. Pour Goldstein et al (15), environ 50% consultent une seconde fois dans les deux mois qui suivent la consultation initiale. Cela pourrait s'expliquer en partie par la difficulté à faire un relai avec les structures ambulatoires, plus particulièrement lorsqu'il s'agit d'un patient non suivi chez qui il est nécessaire d'initier une prise en charge de ce type.

10. Les consultants multiples ont plus de comorbidités

Nous avons constaté que près de 85% des consultants multiples présentent des comorbidités, qu'elles soient personnelles psychiatriques ou somatiques, ou bien familiales. Cela avait déjà été constaté par Goldstein et al (15). Cependant, il est important de souligner que les comorbidités sont rarement recherchées de façon exhaustive lors d'un entretien d'urgence et que cela entraîne un problème de données manquantes. Quoiqu'il en soit, cette population semble fragilisée par de nombreuses comorbidités, qu'il pourrait être pertinent d'analyser plus rigoureusement dans une étude prospective. Cela permettrait peut-être d'identifier des facteurs pronostiques de passages multiples aux urgences et de mettre en place des mesures spécifiques de prévention.

B. Avantages et inconvénients de la méthodologie

1. Avantages

Les principaux avantages d'une étude rétrospective sont la maîtrise du délai de réalisation du travail ainsi que l'homogénéité des conditions de recueil de données (dans notre étude, il s'agit des dossiers médicaux informatisés). Un autre avantage majeur de ce type d'étude est le coût de réalisation moindre que dans les études prospectives.

2. Inconvénients

Les données manquantes sont le principal problème rencontré. En effet, les données n'ont pas été recueillies dans le cadre d'une étude clinique protocolisée. Il y a donc fréquemment des critères qui n'ont pas été recueillis. Les comorbidités font partie des variables les moins bien renseignées. Elles sont rarement recherchées de façon exhaustive lors d'un entretien d'urgence. Il en est de même pour la prise de toxique, donnée finalement rarement recherchée ou alors rarement retranscrite dans l'observation en cas de réponse négative. Et enfin, l'adresseur n'est pas toujours notifié. Dans cette étude, trois sujets éligibles n'ont pas été inclus faute de renseignements suffisants dans le dossier informatisé.

V. Conclusion

Cette étude a permis de mettre en exergue certaines caractéristiques des consultants multiples aux urgences pédiatriques pour motif pédopsychiatrique. Cependant, nous nous sommes aperçus que la population étudiée était relativement inhomogène et qu'il existait des différences dans certaines caractéristiques entre le groupe consultant à deux reprises et celui consultant au minimum à trois reprises. Nous pouvons penser qu'un certain nombre de patients consultant à deux reprises reviennent très rapidement (moins d'une semaine après la consultation initiale) pour un même évènement non résolu la première fois mais qui trouvera une solution adaptée lors du deuxième passage. Dans cette situation, le sujet est plus proche de la population à passage unique et son double passage ne traduit pas une tendance aux passages itératifs mais un « incident de parcours ». Il serait donc peut-être intéressant de réaliser une autre étude en ne sélectionnant que la population réalisant au minimum trois passages, sur une durée plus longue pour obtenir un échantillon suffisant (sur six mois, nous n'avions que 18 patients). Il serait également intéressant de refaire une étude prospective afin de palier au problème de données manquantes, avec l'élaboration au préalable d'un questionnaire établi dans le but d'une étude clinique protocolisée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. M. Blondon DP. 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.* 2007;55(1):23-30.
2. Sills MR, Bland SD. Summary Statistics for Pediatric Psychiatric Visits to US Emergency Departments, 1993–1999. *Pediatrics.* 10 janv 2002;110(4).
3. Stheneur C, Rey C, Alvin P. L'adolescent aux urgences. *Médecine Thérapeutique Pédiatrie.* 9 nov 1999;2(5):369-72.
4. Picherot G, Berre SL, Hazart I, Muzlack M, Sarthou L, Ramos E. Place des adolescents dans l'urgence hospitalière. *Médecine Thérapeutique Pédiatrie.* 1 mars 2005;8(2):81-85.
5. Chatagner A, Raynaud J-P. Adolescents et urgences pédopsychiatriques : revue de la littérature et réflexion clinique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* janv 2013;61(1):8-16.
6. Marcelli D, Mezange F. Les accidents à répétition chez l'adolescent. Traits anxieux, dépressifs et conduites de risques associées. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2000; 50:538-9
7. HAS. Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins. Recommandation de bonne pratique. 2001 sept.
8. Pirkola S, Isometsä E, Heikkinen M, Lönnqvist J. Employment status influences the weekly patterns of suicide among alcohol misusers. *Alcohol Clin Exp Res.* déc 1997;21(9):1704-1706.
9. Chambry J. [Emergency and child psychiatry]. *Arch Pédiatrie Organe Off Société Fr Pédiatrie.* juin 2010;17(6):682-683.
10. Laudrin S, Speranza M. Crise et urgence en pédopsychiatrie. *Enfances Psy.* 1 juin 2002;n°18(2):17-23.
11. Mazet. Psychiatrie d'urgence et psychiatrie de crise à l'adolescence. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2002; 50: 555-556.
12. Mazet, Bouquerel, Millier. Urgences psychologiques et psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent. *Sem. Hôp. Paris* 1981, 57,15-16.
13. De Clercq. Urgences psychiatriques et interventions de crise. Bruxelles, De Boeck, 1997.
14. 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 Pédiatriques.* 1999; 6 (Suppl.2): S471-4

15. Goldstein AB, Frosch E, Davarya S, Leaf PJ. Factors associated with a six-month return to emergency services among child and adolescent psychiatric patients. *Psychiatr Serv Wash DC*. nov 2007;58(11):1489-1492.
16. Institut national de la Santé et de la Recherche médicale: Trouble des conduites chez l'enfants et l'adolescent. Expertise collective, Paris, INSERM, 2005, 428p.
17. Duverger P, Picherot G, Champion G, Dreno L. Turbulences aux urgences pédiatriques. Agitation de l'enfant et de l'adolescent. *Arch Pédiatrie*. juin 2006;13(6):819-822.
18. Newton AS, Ali S, Johnson DW, Haines C, Rosychuk RJ, Keaschuk RA, et al. Who comes back? Characteristics and predictors of return to emergency department services for pediatric mental health care. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. févr 2010;17(2):177-186.
19. 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*. mai 2001;40(5):580-587.
20. Segal SP, Akutsu PD, Watson MA. Factors associated with involuntary return to a psychiatric emergency service within 12 months. *Psychiatr Serv Wash DC*. sept 1998;49(9):1212-1217.
21. Christodulu KV, Lichenstein R, Weist MD, Shafer ME, Simone M. Psychiatric emergencies in children. *Pediatr Emerg Care*. août 2002;18(4):268-270.
22. Healy E, Saha S, Subotsky F, Fombonne E. Emergency presentations to an inner-city adolescent psychiatric service. *J Adolesc*. août 2002;25(4):397-404.
23. Stewart C, Spicer M, Babl FE. Caring for adolescents with mental health problems: challenges in the emergency department. *J Paediatr Child Health*. nov 2006;42(11):726-730.
24. Newton AS, Ali S, Johnson DW, Haines C, Rosychuk RJ, Keaschuk RA, et al. A 4-year review of pediatric mental health emergencies in Alberta. *CJEM*. sept 2009;11(5):447-454.
25. Santo S, Manuel A. P01-244 - Psychiatric emergency department of an adult general hospital - a look into the adolescents. *Eur Psychiatry*. 2010;25, Supplement 1:455.
26. Blader JC. Symptom, Family, and Service Predictors of Children's Psychiatric Rehospitalization Within One Year of Discharge. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. avr 2004;43(4):440-451.
27. Les secteurs de PIJ en 2000. Etudes de la DREES n°32. 2003.
28. Sullivan PF, Bulik CM, Forman SD, Mezzich JE. Characteristics of repeat users of a psychiatric emergency service. *Hosp Community Psychiatry*. avr 1993;44(4):376-380.

29. Oyewumi LK, Odejide O, Kazarian SS. Psychiatric emergency services in a Canadian city: I. Prevalence and patterns of use. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* mars 1992;37(2):91-95.
30. Kya Fawley-King LRS. Relationship between placement change during foster care and utilization of emergency mental health services. *Child Youth Serv Rev.* 2012;34(2):348-353
31. De Vries JD. Use of emergency services justified. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* août 1992;37(6):455.
32. Edelsohn GA, Braitman LE, Rabinovich H, Sheves P, Melendez A. Predictors of urgency in a pediatric psychiatric emergency service. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* oct 2003;42(10):1197-1202.
33. Tadros A, Davidov DM, Coleman J, Davis SM. Pediatric visits to United States Emergency Departments for alcohol-related disorders. *J Emerg Med.* mai 2013;44(5):1034-1038.
34. Edelsohn GA, Gomez J-P. Psychiatric emergencies in adolescents. *Adolesc Med Clin.* févr 2006;17(1):183-204.

ANNEXE

Caractéristiques de la population totale

	Population (N=80)	%
Sexe		
Masculin	30	37.5
Féminin	50	62.5
Age		
<13 ans	16	20
13-15 ans	48	60
>15 ans	16	20
Adresseur		
Famille	43	61.5
Institution	15	21.5
Médecin	5	7
Motif de consultation		
Agitation	20	27
Anxiété	9	12
Tristesse, idées noires	13	17.5
Tentative de suicide	9	12
Trouble du comportement/conduite	7	9.5
Suivi psychiatrique		
Aucun	15	19.2
Actuel	46	59
Passé	17	21.8
Hospitalisation en psychiatrie	33	43
Comorbidités		
Personnelles somatiques	2	2.8
Personnelles psychiatriques	30	42.3
Familiales	28	39.5
Scolarisation		
Ordinaire sans retard	37	53
Ordinaire avec retard	12	17
Filière professionnelle	3	4.3
Milieu spécialisé	16	22.9
Déscolarisation/exclusion	2	2.9
Hébergement en foyer	21	26.9
Structure familiale : parents séparés	X	X
Adoption	7	9
Diagnostic		
F.10 à F.19	2	2.6
F.20 à F.29	3	3.9
F. 30 à F.39	10	12.8
F.40 à F.49	27	34.6
F.70 à F.79	3	3.9
F.80 à F.89	3	3.9
F.90 à F.98	24	30.8
Orientation : retour à domicile	44	56.4
Aide Sociale à l'Enfance (ASE)	29	37.2
Toxiques	20	39.2

RESUME

Contexte: les consultations aux urgences sont en augmentation depuis plusieurs années, phénomène qui touche également la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Certains patients qui consultent aux urgences pédiatriques pour un motif pédopsychiatrique vont revenir de manière itérative. Ces passages multiples vont parfois générer une incompréhension, un sentiment d'impuissance, voire du rejet de la part des équipes soignantes, ce qui peut avoir des répercussions sur la prise en charge de ces « consultants multiples ». Il est donc primordial de mieux connaître les particularités de ces patients afin de mieux comprendre ce qui les amène à revenir aux urgences et afin de les repérer pour adapter nos réponses thérapeutiques.

Objectif: définir des caractéristiques socio-démographiques, des caractéristiques cliniques et les réponses thérapeutiques propres au patient consultant à de multiples reprises.

Méthode: étude rétrospective comparative menée à partir des dossiers médicaux de 80 patients consultant plusieurs fois sur une période de 6 mois pour un motif pédopsychiatrique aux urgences pédiatriques du CHU de Nancy, et à partir des dossiers médicaux de 115 patients consultant une seule fois sur 6 mois.

Résultats :

- *Caractéristiques socio-démographiques :* les consultants multiples sont majoritairement des filles et la moyenne d'âge est de 14 ans. Un tiers de ces patients sont sous la protection de l'Aide Sociale à l'Enfance et sont hébergés en foyer.
- *Caractéristiques cliniques :* la majorité des consultants multiples fera deux passages en six mois. Le motif de consultation est principalement à expression comportementale, représenté par l'agitation pour plus d'un tiers. A l'issue de la consultation, plus de la moitié des consultants rentrent à domicile.
- *Comparaison avec le consultant unique :* l'hébergement en foyer, la scolarité en milieu spécialisé et un antécédent d'hospitalisation en pédopsychiatrie constituent un facteur de risque de passages multiples. Les consultants multiples sont davantage adressés par une institution et l'agitation est un motif de consultation plus fréquent.

Conclusion : cette étude a permis de mettre en exergue certaines caractéristiques du consultant multiple, notamment au niveau social, clinique, et thérapeutique. Cependant, la population était relativement inhomogène, notamment entre le groupe consultant à deux reprises et celui consultant au moins à trois reprises sur 6 mois. Il serait donc intéressant de faire une étude portant uniquement sur la population consultant au moins à trois reprises. Par ailleurs, une étude prospective permettrait de palier au problème des données manquantes avec l'élaboration, au préalable, d'un questionnaire établi dans un contexte d'étude clinique protocolisée.

TITRE EN ANGLAIS : CLINICAL AND SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF A PEDIATRIC POPULATION HAVING CONSULTED IN A MULTIPLE WAY IN THE EMERGENCIES (URGENT MATTERS) OF CHILDREN'S HOSPITAL OF THE CHU (TEACHING HOSPITAL) OF NANCY FOR MOTIVE CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY: retrospective study over three years.

THÈSE MÉDECINE SPÉCIALISÉE – ANNÉE 2014

MOTS CLEFS : urgences pédopsychiatriques - consultant multiple – caractéristiques cliniques - caractéristiques socio-démographiques – analyses descriptive et comparative.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

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