

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2020

N°

THÈSE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Chloé FUSILLER

Présentée et soutenue publiquement le 15 juin 2020

**Description des mineurs admis pour motif
pédopsychiatrique aux urgences du CHU de Nantes et
évolution entre 2013 et 2018**

Composition du jury :

Mme. C GRAS LEGUEN	Professeur	Présidente
M. P DUVERGER	Professeur	Membre
M. P LE CONTE	Professeur	Membre
Mme. L DRENO	Docteur	Membre
M. T DESRUES	Docteur	Membre

Directrice de thèse : Pr C GRAS LEGUEN

Remerciements

A ma Directrice de thèse et Présidente des membres du jury,

Madame le Professeur Christèle GRAS LEGUEN, Professeur des Universités en pédiatrie, chef du service de Pédiatrie Générale et des Urgences Pédiatriques du CHU de Nantes,

Vous m'avez fait le grand honneur de diriger et de présider mon jury de thèse, et je vous remercie infiniment de la confiance que vous avez bien voulu me témoigner.

Veuillez recevoir toute ma gratitude ainsi que mon profond respect pour la qualité et la richesse de votre enseignement ainsi que pour votre pédagogie, tout au long de la rédaction de cette thèse.

Aux membres du Jury,

Monsieur le Professeur Philippe DUVERGER, Professeur des Universités, Pédopsychiatre et chef du service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHU d'Angers,

Monsieur le Professeur Philippe LE CONTE, Médecin Réanimateur-anesthésiste et Urgentiste du CHU de Nantes,

Madame le Docteur Laurence DRENO, Médecin Psychiatre et responsable de l'unité de Pédopsychiatrie de liaison du CHU de Nantes,

Monsieur le Docteur Thibault DESRUES, Médecin Psychiatre dans le service des Urgences Médico-Psychiatriques du CHU de Nantes,

Je suis particulièrement honorée par votre participation à mon jury de thèse et vous suis très reconnaissante de me faire l'honneur de juger ce travail.

Veuillez recevoir toute ma gratitude et mon plus profond respect à travers cette thèse.

A mes parents,

Pour leur soutien inconditionnel durant ces nombreuses années et pour la confiance qu'ils ont su m'accorder. Pour tout l'amour et l'affection que vous me portez, pour votre patience, vos conseils et vos encouragements dans mes choix et mes décisions. Voyez en ce travail l'aboutissement de vos sacrifices et de votre dévouement. Je vous remercie pour tout.

A mon petit frère Hugo,

Pour ton soutien, tes encouragements et ta bonne humeur. Pour le soin que tu as toujours su porter à ta grande sœur. Notre complicité est chère à mes yeux, je suis très fière de la personne que tu es.

Et à toute ma famille, avec une pensée particulière pour ma grand-mère, My. Pour l'intérêt que vous avez porté à mes études et pour avoir toujours cru en moi. Pour votre convivialité et votre gentillesse. Veuillez trouver en ce travail toute l'expression de ma gratitude et de mon amour.

A mes amis,

Et particulièrement à ma meilleure amie, Déborah, mon amie d'enfance, qui a toujours été là pour m'accompagner et me soutenir tout au long de ce parcours. Ton amitié m'est extrêmement précieuse.

Mais aussi à mes amis d'études et mes co-internes, merci pour tous les bons moments passés ensemble.

À mes collègues,

À toutes les personnes que j'ai rencontrées au cours de mes études et de mes stages et qui m'ont tant apporté.

Merci aux médecins, infirmiers, aides-soignants, et secrétaires, qui m'ont enrichie de leur expérience et fait grandir.

J'ai aimé travailler auprès de vous, et j'ai beaucoup appris de nos échanges.

Aux membres du service d'information médicale du CHU de Nantes,

Et particulièrement à Madame le Docteur Nathalie SURER et ses collaborateurs, pour le travail et l'aide qu'ils m'ont apportés afin de réaliser cette étude.

SERMENT MEDICAL

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me 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 ».

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	7
1/ Contexte	7
2/ Justification de l'étude	8
3/ Objectif de l'étude	11
II. MATERIEL ET MÉTHODE	12
1/ Type d'étude	12
2/ Population étudiée	12
a) Critères d'inclusion	12
b) Description des structures et du fonctionnement des services d'accueil d'urgence du CHU de Nantes	13
3/ Recueil des données	14
4/ Analyse descriptive	16
III. RÉSULTATS	16
1/ Effectif des consultations et évolution entre 2013 et 2018	16
2/ Variations temporelles	17
a) Répartition mensuelle	17
b) Répartition hebdomadaire	19
c) Répartition journalière et horaire	20
d) Durée de passage aux urgences	21
3/ Variables sociodémographiques	22
a) Sexe	22
b) Âge	22
c) Lieu de vie	24
d) Nationalité	24
4/ Variables étiopathogéniques	24
a) Motifs de consultation	24
b) Consultations multiples	25
5/ Orientation et décision médicale de sortie	25

IV. DISCUSSION.....	27
1/ Réponse à l'objectif de l'étude.....	27
2/ L'évolution quantitative et qualitative des mineurs admis aux urgences pour des motifs pédopsychiatriques au cours de ces cinq dernières années.....	32
3/ Les forces et les limites.....	34
4/ Les consultations multiples.....	36
5/ Conclusion et perspectives d'évolution.....	37
 V. BIBLIOGRAPHIE.....	 39
 VI. LISTE DES ABREVIATIONS.....	 45

I. INTRODUCTION

1. Contexte

Selon Maurice Tubiana, membre de l'Académie nationale de médecine, le développement psychomoteur, affectif et intellectuel entre la naissance et l'âge adulte est un continuum (1,2). Le comportement d'un adolescent dépend en grande partie du vécu de sa petite enfance, de l'environnement dans lequel il a grandi, de la formation qu'il a reçue, et des traumatismes psychiques qu'il a pu subir. La santé mentale du jeune enfant influence donc celle de l'adolescent qu'il va devenir, ainsi que sa résistance ou au contraire sa fragilité face au monde extérieur, et par conséquent ses comportements. Ainsi, la santé mentale est un concept qui inclut un sentiment de confiance et d'estime de soi, nous offrant la capacité de nouer des relations avec les autres, et comme le souligne l'OMS, santé physique, santé mentale et santé sociale doivent être considérées de façon globale chez un individu (3). Or, de multiples indices nous laissent penser que la santé mentale n'est pas satisfaisante chez un grand nombre d'enfants, comme le signalent divers rapports et notamment celui du Haut Conseil de Santé Publique (4). D'ailleurs, il suffit de rappeler que les adolescents français font partie de ceux qui fument, boivent et consomment le plus de cannabis dans l'Union Européenne, mais également qui se suicident le plus et particulièrement dans la région des Pays de la Loire par rapport à la moyenne nationale (5). D'autre part, il est aussi indispensable de prendre en compte la violence et l'incivilité qui sont d'autres signes qui peuvent être le reflet d'un malaise chez les jeunes. En effet, il s'avère que ces troubles sont fortement corrélés entre eux et apparaissent être en lien avec les conditions socio-culturelles et le niveau de sécurité apporté par la structure familiale. S'il se voulait que dans la première moitié du XX^e siècle, l'éducation des enfants repose sur les enseignements transmis par les parents et les exemples issus de cet environnement, la situation est aujourd'hui bien plus compliquée, puisque les structures familiales se sont affaiblies, soit parce que les deux parents sont accaparés par leur activité professionnelle, soit parce que les enfants vivent dans des foyers recomposés ou monoparentaux où il n'y a plus de règles de vie indiscutées (1,6,7). De plus, les parents sont souvent dépassés face aux réactions de leurs enfants, l'évolution des normes pédagogiques ainsi que l'impact des réseaux

sociaux sur le quotidien des jeunes et notamment sur la vie sociale des adolescents, grands consommateurs de ces nouvelles technologies. Même si l'intérêt de ces dernières est incontestable, elles sont également susceptibles d'impacter de façon négative la santé, et en particulier lorsqu'elles s'utilisent de façon trop investie et sans contrôle parental. Par ailleurs, l'école qui assure un rôle crucial dans la société française, peut parfois être déstabilisée par le niveau inégal des élèves et l'atmosphère d'indiscipline qui peut régner au sein des établissements scolaires. Il est même constaté dans certaines études, que l'école puisse agir comme un catalyseur capable de faire jaillir des troubles psychopathologiques sous-jacents (8-10).

2. Justification de l'étude

A l'échelle mondiale, l'OMS estime que 10 à 20% des enfants et des adolescents présentent un trouble de la santé mentale et envisage un accroissement de ces désordres psychopathologiques ou socio-éducatifs chez ces jeunes, ce qui place ces dysfonctionnements comme l'une des cinq principales causes de morbidité chez l'enfant (3). Au niveau national, les études épidémiologiques de l'INSERM retrouvent des chiffres similaires (11) et au niveau régional, d'après les données de l'Observatoire Régional de Santé (ORS) des Pays de la Loire, les troubles mentaux et du comportement constituent également un des trois enjeux majeurs de santé pour la classe d'âge des 1 à 17 ans (5). En effet, chaque année, 4 400 Ligériens de moins de 20 ans sont admis en affection de longue durée (ALD) pour des troubles mentaux et du comportement, et 23 000 jeunes âgés de 1 à 17 ans sont pris en charge dans un établissement psychiatrique. Les troubles les plus graves diagnostiqués à cette période de la vie sont les troubles envahissants du développement (dont l'autisme), le retard mental et enfin les troubles de la personnalité et du comportement. S'y ajoutent à partir de l'âge de 15 ans, les troubles psychotiques (notamment la schizophrénie) chez les garçons, et les troubles de l'humeur (dont la dépression) et ceux du comportement alimentaire chez les filles. À côté de ces pathologies, les manifestations de mal-être et de souffrance psychique sont très fréquentes à l'adolescence, en particulier chez les jeunes filles (symptômes dépressifs, pensées suicidaires) et il est essentiel de les rechercher et de les prendre en considération. En effet, on dénombre chaque année environ dix décès par suicide chez les adolescents âgés de 11 à 17 ans

dans la région des Pays de La Loire, ce qui représente dès cette classe d'âge, une surmortalité par rapport au niveau national. Selon ce même dynamisme, nous constatons effectivement dans nos sociétés occidentales et cela depuis plusieurs années déjà, que le nombre de consultations pour motif pédopsychiatrique ne fait que croître et plus particulièrement dans la tranche d'âge des [14–17ans]. De plus, au sein même de cette population, nous notons également une augmentation de la proportion de jeunes de moins de 14 ans voire même de moins de 12 ans, ainsi qu'une majoration de la population féminine qui est admise dans les services d'urgence pour des consultations intéressant la santé mentale. Des études antérieures et notamment celle de B. Koener et al, réalisant un état des lieux des urgences pédopsychiatriques au sein des cliniques universitaires de Saint-Luc à Bruxelles entre 2011 et 2013, indiquent que dans la moitié des cas environ, ce sont les conduites agies (tentatives de suicide, agitation, violences) qui sont le principal motif d'admission en salle d'urgence psychiatrique. Parmi l'autre moitié, 30 % se présentent sous forme de décompensation à versant psychiatrique, et plus particulièrement par un syndrome anxio-dépressif, une symptomatologie délirante, ou encore un trouble psychosomatique, et pour les 20% restants, le motif d'admission est en lien avec des difficultés scolaires, relationnelles, ou des situations de maltraitance. Il est aussi intéressant de souligner que les conduites agies concernent davantage les garçons, alors que les symptomatologies psychiatriques concernent davantage les filles. Cependant, cette distinction entre catégories ne se veut pas radicale puisque tant les conduites agies que les décompensations psychiatriques sont souvent le reflet de difficultés relationnelles, scolaires ou de situations de maltraitance (12). Nous pouvons donc émettre plusieurs hypothèses pour expliquer ces constatations. Premièrement, par l'évolution des mentalités, où l'attente est moins tolérable et où la souffrance attend une solution immédiate, mais également par le fait que nos sociétés soient marquées par un changement des fonctionnements familiaux, culturels et sociaux au cours de ces dernières décennies. De là en résulte une évolution tant dans l'expression de la souffrance de l'enfant, que dans la demande et l'exigence de l'entourage par rapport aux soins. D'autre part, il est important de mentionner qu'il existe aussi une impossibilité pour un certain nombre de familles, de consulter ailleurs que dans les structures hospitalières suite aux effets de la crise socio-économique. Ainsi, notre société occidentale

nous contraint à veiller à la meilleure rentabilité possible, pour apporter une solution optimale et cela dans un temps imparti. Or, nous savons que si l'urgence somatique relève d'une temporalité minutée, l'urgence psychiatrique nécessite quant à elle une intervention de plusieurs heures, voire plusieurs jours ou même semaines. De plus, bien que la majeure partie des consultations corresponde souvent à des « urgences ressenties », les symptômes chez le jeune peuvent aussi représenter à eux seuls, une « vraie urgence ». Ainsi, la frontière entre « urgence vraie » et « urgence ressentie » n'est pas délimitée de façon stricte et toute demande doit être prise au sérieux, même si la réponse peut être différée. Ensuite, il faut savoir que la particularité de la pédopsychiatrie reste l'appréhension de la dimension environnementale et notamment familiale qui fait partie intégrante de la démarche de soin. La situation de crise qui amène à consulter aux urgences, représente donc un moment propice au changement et au cours duquel le rôle des cliniciens consiste à donner du sens pour le jeune et son entourage afin de rétablir un équilibre. Or, cet aspect de la prise en charge peut être difficile pour les professionnels non formés spécifiquement dans ce domaine. Rappelons également qu'une proportion non négligeable de jeunes se présentant aux urgences a déjà bénéficié d'un suivi antérieur ou est actuellement en cours de suivi et il existe souvent des résistances au travail thérapeutique entrepris. La venue aux urgences peut donc être interprétée comme une tentative désespérée de trouver une réponse immédiate ailleurs, dans un lieu qui ne connaît pas encore l'enfant. Ceci aurait comme objectif de contourner les procédures thérapeutiques déjà établies autre part, et notamment lors de longs processus de préadmission en hospitalisation. Ce phénomène s'observe également dans les institutions résidentielles de jeunes en difficulté, qui à un moment donné se sentent dépassées, là où leur structure ne peut plus leur garantir un contenant suffisant. Ainsi, lorsque l'état du patient ne permet plus un suivi ambulatoire, une hospitalisation est alors justifiée, mais toute la difficulté réside dans le manque de « lieux » disponibles pour accueillir ces jeunes. Par ailleurs, notons aussi qu'il existe une part non négligeable de consultations répétées, notamment chez les jeunes adolescents qui présentent des facteurs « prédisposants » déjà identifiés dans certaines études nord-américaines (13), ou qui peuvent également s'expliquer par l'utilisation des services d'urgence comme une alternative intéressante, face à une difficulté pour accéder aux soins ambulatoires (14). Ce

constat nous amène ainsi à repenser le dispositif d'accueil et de prise en charge de ces jeunes mineurs dans les services d'accueil des urgences pédiatriques.

3. Objectif de l'étude

La majoration des consultations pédopsychiatriques aux urgences se comprend donc comme la conséquence de nombreuses modifications sociétales et culturelles, mais également en tant que miroir d'une sursaturation du réseau ambulatoire qui ne peut offrir les soins nécessaires dans un temps raisonnable. Le dispositif de prise en charge de ces mineurs aux urgences est donc à repenser continuellement, tant le nombre ainsi que les modes de présentation sont en constante évolution comme nous pouvons le constater dans de nombreux centres d'accueil d'urgence (15–17). En effet, la part des consultations pédopsychiatriques représente selon les études françaises, européennes ou encore nord-américaines, entre 0,2% et 5% de toutes les visites aux urgences pédiatriques, venant alourdir la charge de travail des professionnels et épuiser les ressources sanitaires (18–24). En parallèle, plusieurs études constatent une diminution des consultations « urgentes » et font plutôt état de consultations de « crises », reflétant qu'il y a davantage d'urgences différées, et moins d'urgences interventionnelles. Il s'avère donc nécessaire de mettre en place des équipes spécifiquement formées, en étroite collaboration avec les médecins pédiatres qui devront être sensibilisés à l'urgence pédopsychiatrique, de même que le renforcement des structures et des locaux afin de permettre une prise en charge optimale de ces mineurs dans des lieux adaptés. Il faudra toutefois penser à toujours rester vigilant et à éliminer préalablement toutes causes ou conséquences somatiques associées à la problématique psychologique, qui pourraient s'avérer être des pièges diagnostiques à ne pas méconnaître, et cela notamment chez les jeunes adolescents (symptômes psychosomatiques révélateurs de maltraitance, troubles comportementaux liés à une encéphalite infectieuse ou un syndrome tumoral, ou encore une intoxication volontaire ou accidentelle). En France, une des priorités du « Plan de Santé Mentale 2018-2023 » est d'ailleurs l'amélioration de l'accueil aux urgences psychiatriques, cet objectif étant d'autant plus pertinent que les services d'urgence constituent pour la majorité des jeunes, le premier contact

avec le milieu psychiatrique, ce qui le rend décisif pour l'alliance thérapeutique et l'observance ultérieure (13,25). L'objectif de cette étude était donc de recenser quantitativement le nombre de passages de mineurs aux urgences du CHU de Nantes pour des motifs pédopsychiatriques en 2013 et en 2018, d'en décrire l'évolution sur cette période de cinq ans puis de présenter les caractéristiques intrinsèques et extrinsèques de ces jeunes dans le but d'envisager une optimisation de leur prise en charge aux urgences.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, descriptive, rétrospective et monocentrique.

2. Population étudiée

a) Critères d'inclusion

Sont inclus dans cette étude, tous les mineurs âgés de 0 à 18 ans admis dans les services d'accueil des urgences pédiatriques ou adultes du CHU de Nantes sur deux périodes distinctes, du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2013 ou du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018, pour un motif pédopsychiatrique. L'identification des patients à inclure s'est faite à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), dont le diagnostic principal renseigné dans le dossier informatique comprenait un des codes CIM10 suivants : F00 à F99 : incluant tous les troubles mentaux et du comportement (dont les troubles de la personnalité F07, F60 et F69 ; les troubles somatoformes F45 ; les troubles de l'adaptation F43 ; les troubles du comportement alimentaire F50 ; les troubles émotionnels apparaissant habituellement pendant l'enfance et l'adolescence F93 et F98 ; les troubles des conduites F91 et F92) ; R451 : l'agitation ; F100, F119, F129, F139, F199 et F1000 : les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, d'opiacés, de dérivés du cannabis, de sédatifs/hypnotiques ou de drogues multiples ; F410, F411 et F419: les autres troubles anxieux et l'anxiété généralisée ou F32, F329, F39 et R458 : les symptômes et signes relatifs à l'hu-

meur. En revanche, les codes X60 à X84 correspondant aux lésions auto-infligées (dont les tentatives de suicide et les auto-intoxications) n'ont pu être comptabilisés puisqu'il était interdit de les notifier en tant que diagnostic principal, selon les règles de codage. Cependant les codes T36-50, correspondant aux molécules ingérées dans les intoxications, ont été pris en compte.

A noter qu'un même patient peut être comptabilisé plusieurs fois puisque c'est le nombre de passages qui a été analysé.

b) Description des structures et du fonctionnement des services d'accueil d'urgence du CHU de Nantes

Les urgences pédopsychiatriques sont accueillies sur deux sites distincts en fonction de l'âge du mineur :

- Pour les mineurs âgés de moins de 15 ans et 3 mois : accueil dans le service des urgences pédiatriques (SAUP) :

Une permanence de soins médicaux associée à une astreinte pédopsychiatrique permet une continuité des soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. C'est l'équipe de l'unité de Pédopsychiatrie de liaison et notamment deux infirmiers formés en pédopsychiatrie qui interviennent physiquement de 14h00 à 18h00 au sein du service des urgences pédiatriques, du lundi au vendredi. En revanche à partir de 18h30 en semaine ainsi que le week-end, c'est une astreinte téléphonique qui est assurée par un médecin pédopsychiatre et qui se déplace aux urgences pédiatriques en fonction des besoins.

A l'admission dans le service des urgences pédiatriques, les mineurs bénéficient d'une première évaluation médicale qui consiste en un interrogatoire et un examen clinique réalisés par un médecin pédiatre des urgences. Puis dans un second temps, une consultation pédopsychiatrique peut être demandée pour avis et prise en charge spécialisée, si cela est nécessaire. Concernant l'hospitalisation de ces mineurs, c'est le médecin pédopsychiatre qui décide de cette orientation. Nous disposons de plusieurs lits identifiés pour la pédopsychiatrie au sein de l'hôpital et notamment dans le service de Pédiatrie Générale ainsi que de cinq lits dans un service d'unité de courte durée d'hospitalisation (UHCD). Ce dernier dispositif récemment mis en place depuis novembre 2018 au CHU de Nantes, a pour objectif d'améliorer le parcours de soin des mineurs en leur apportant des soins appropriés et soutenus pendant

quelques jours afin de réduire la durée d'hospitalisation et de renforcer la collaboration avec la psychiatrie infanto-juvénile de secteur et le réseau de soins ambulatoires.

A défaut de place disponible au sein du CHU de Nantes, le médecin pédopsychiatre a également la possibilité de transférer les patients dans d'autres centres hospitaliers de la région (CH de Saint Nazaire, CH de La Roche sur Yon, CH de Cholet, CH d'Angers ...), ou encore plus à distance (CH de Vannes), ce qui a aussi pour conséquence de complexifier la prise en charge et le suivi de ces jeunes.

- Pour les adolescents de plus de 15 ans et 3 mois : accueil dans le service des urgences médico-psychiatriques adulte (SA-UMP) :

L'équipe est composée de plusieurs médecins psychiatres et infirmiers postés aux urgences en journée du lundi au vendredi, et la nuit c'est un médecin psychiatre de garde qui assure la permanence des soins. Le week-end, il y a également un médecin psychiatre de garde assisté par un interne d'astreinte et des infirmiers. Les mineurs peuvent aussi être admis directement dans le secteur des urgences médicales (secteurs de médecine ou de traumatologie pour les patients présentant des atteintes somatiques associées), avant de bénéficier d'une consultation psychiatrique spécialisée dans un second temps de la prise en charge.

Au-delà de 15 ans et 3 mois, les adolescents requérant une hospitalisation seront admis dans les services de psychiatrie adulte en secteur fermé (afin de les protéger des autres patients adultes présentant des troubles psychiatriques sévères), ou dans un service de médecine adulte si des soins somatiques sont jugés nécessaires.

3. Recueil des données

✓ Origine :

Dans un premier temps, nous avons étudié quantitativement le nombre de mineurs admis aux urgences du CHU de Nantes pour un motif pédopsychiatrique, à travers les données recueillies dans les dossiers informatisés. Ces informations étaient consultables via le logiciel CLINICOM pour la période du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2013, et via le logiciel MILLENIUM pour la période du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018, puisque le CHU de Nantes

a changé de logiciel informatique entre ces deux périodes. Puis dans un second temps, nous avons analysé les critères intrinsèques et extrinsèques disponibles dans les résumés des passages aux urgences (RPU) pour ces patients sélectionnés.

✓ Variables :

o *Variations temporelles :*

- Le nombre de passages **en fonction du mois** de l'année et la comparaison entre la période du temps scolaire et la période des congés scolaires.
- Le nombre de passages **en fonction du jour** de la semaine et la comparaison entre les jours de la semaine (du lundi au vendredi) et le week-end (samedi et dimanche).
- Le nombre de passages **en fonction de l'heure d'arrivée** (par tranche horaire) et la comparaison entre la période « ouvrable » de 8h à 18h et la période d'astreinte du médecin pédopsychiatre, soit de 18h à 8h le lendemain.
- La **durée moyenne** et la durée médiane du **séjour aux urgences**, en fonction de l'heure d'admission des patients (journée/nuite).

o *Sociodémographiques :*

- Le **sexe-ratio**
- L'**âge moyen**, l'**âge médian** et la répartition des passages en fonction de la tranche d'âge : [0-1ans], [2-3ans], [4-5ans], [6-7ans], [8-9ans], [10-11ans], [12-13ans], [14-15ans] et [16-17ans].

o *Ethiopathogéniques :*

- La répartition des **principaux motifs de consultation** pour les passages dont le diagnostic principal était renseigné avec un des codes CIM 10 retenus dans notre étude, sur la période de 2013 à 2018 :
 - Troubles mentaux et du comportement : liés à l'utilisation d'alcool, d'opiacés, de dérivés du cannabis, de drogues / troubles des conduites / agitation ...
 - Troubles anxieux, anxiété généralisée
 - Symptômes et signes relatifs à l'humeur : épisodes dépressifs ...
 - Idées/menaces/tentatives suicidaires, mais cette catégorie n'a pu être

analysée dans cette étude puisqu'il était interdit de les mentionner en tant que diagnostic principal.

o *Pratiques* :

- **Orientation** : la répartition entre les retours à domicile, les hospitalisations au sein du CHU de Nantes et les mutations ou transferts dans un autre centre hospitalier au décours du passage aux urgences pour un motif pédopsychiatrique.
- La moyenne et la médiane de la **durée du séjour d'hospitalisation** pour les mineurs hospitalisés au sein du CHU de Nantes.

4. **Analyse descriptive**

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel Excel. Les résultats sont présentés en pourcentage, en moyenne ou en médiane et ont été saisis puis traités de manière anonyme.

III. **RÉSULTATS**

1. **Effectif des consultations et évolution entre 2013 et 2018**

- **Effectif des consultations pour motif pédopsychiatrique dans la population de mineurs consultant aux urgences du CHU de Nantes :**

En 2018 :

1190 mineurs ont été admis pour un motif pédopsychiatrique aux urgences du CHU de Nantes, pour un total de **1612 épisodes**.

On entend par épisode, un passage aux urgences, par opposition au nombre de patients qui ne prend pas en compte les consultations multiples pour un même individu.

En 2013 :

939 patients ont consulté aux urgences pour un motif pédopsychiatrique pour un total de **1185 épisodes**.

Ainsi sur une période de cinq ans, il y a eu une **augmentation du nombre de mineurs** consultant pour un motif pédopsychiatrique chiffrée à **+21%**, et une **majoration du nombre d'épisodes** encore plus importante puisque mesurée à **+ 26.5%** (soit **427 consultations en plus par an**).

Cet **accroissement de passages pour trouble psychopathologique** était donc **deux fois plus important que celui des passages pour toutes causes confondues** dans cette population de mineurs, puisque ce dernier était évalué à seulement **+12.5 %** (31 737 passages en 2013 vs 36 273 passages en 2018, soit **4 536 passages par an en plus pour toutes causes confondues** chez les mineurs).

➤ **Proportion du nombre de consultations pédopsychiatriques par rapport au nombre total de consultations pour toutes causes confondues :**

La part des consultations pour motif pédopsychiatrique représentait **4.4%** (1612/36 273) des passages aux urgences du CHU de Nantes parmi les mineurs admis en **2018**, contre **3.7%** (1185/31 737) en **2013**, ce qui correspond à une **majoration de + 16%** de ce ratio en cinq ans.

2. Variations temporelles

a) Répartition mensuelle

En 2018 :

On constate que les consultations étaient **deux fois plus fréquentes** sur la **période automno-hivernale** d'octobre à mars, ce qui représentait 60% des passages, que durant la période estivale entre juillet et août (17% seulement).

En mettant ces résultats en perspective avec le calendrier des vacances scolaires de l'Académie de Nantes de 2018, on s'apercevait que :

- Sur la **période du temps scolaire**, il y a eu 1269 passages soit **79 % des consultations**.
- Sur la **période des congés scolaires**, il y a eu 343 passages soit **21 % des consultations**, dont **un tiers** (132 passages) pendant la période des **grandes vacances estivales** (de juillet à août).

Proportionnellement au nombre de jours, on constate donc qu'il y avait presque **deux fois plus de consultations pour motif pédopsychiatrique sur le temps scolaire**.

En moyenne, il y avait **5 passages par jour** (1269 en 249 jours) sur le **temps scolaire**, contre un peu **moins de 3 passages par jour** pendant les **congés scolaires**, avec respectivement 3.7 passages par jour (211 en 56 jours) pendant les petites vacances en cours d'année et 2.2 passages par jour (132 en 60 jours) pendant les grandes vacances d'été.

En 2013 :

On constatait déjà une répartition mensuelle globalement similaire, avec une période automno-hivernale couvrant 50% des consultations et la période estivale seulement 13% des visites.

Cependant, la différence entre la période des grandes vacances estivales et la rentrée scolaire en septembre, était beaucoup plus marquée en 2018 où l'on observait une recrudescence majeure des passages, dont le nombre de visites doublait voire même triplait, avec un pic au mois de novembre.

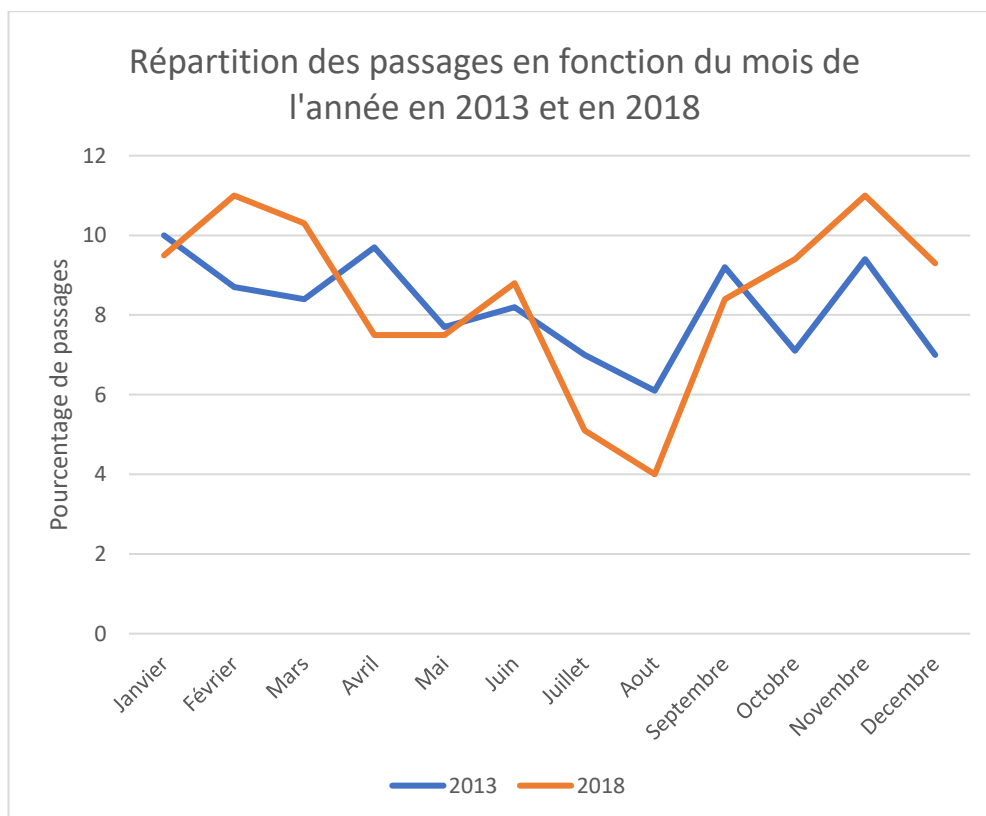


Figure 1 : Répartition des consultations pédopsychiatriques aux urgences du CHU de Nantes en fonction du mois de l'année, comparativement entre 2013 et 2018.

b) Répartition hebdomadaire

En 2018 :

Il y avait presque **deux fois plus de consultations** qui avaient lieu en semaine, **du lundi au vendredi** (1306 passages sur 261 jours, soit environ 5 passages par jour) **que durant le week-end** (306 passages sur 104 jours, soit environ 2.9 passages par jour les samedis et dimanches).

En 2013 :

Les résultats étaient semblables, bien que la **différence** entre le **nombre de passages du lundi au vendredi par rapport au nombre de visites durant le week-end**, était **plus accentuée en 2018**.

On remarque également que le **mercredi** il y avait **moins de passages** que les autres jours de la semaine (week-end exclus), or cette journée correspondait également à un **congé scolaire** pour la plupart des mineurs (mercredi après-midi notamment).

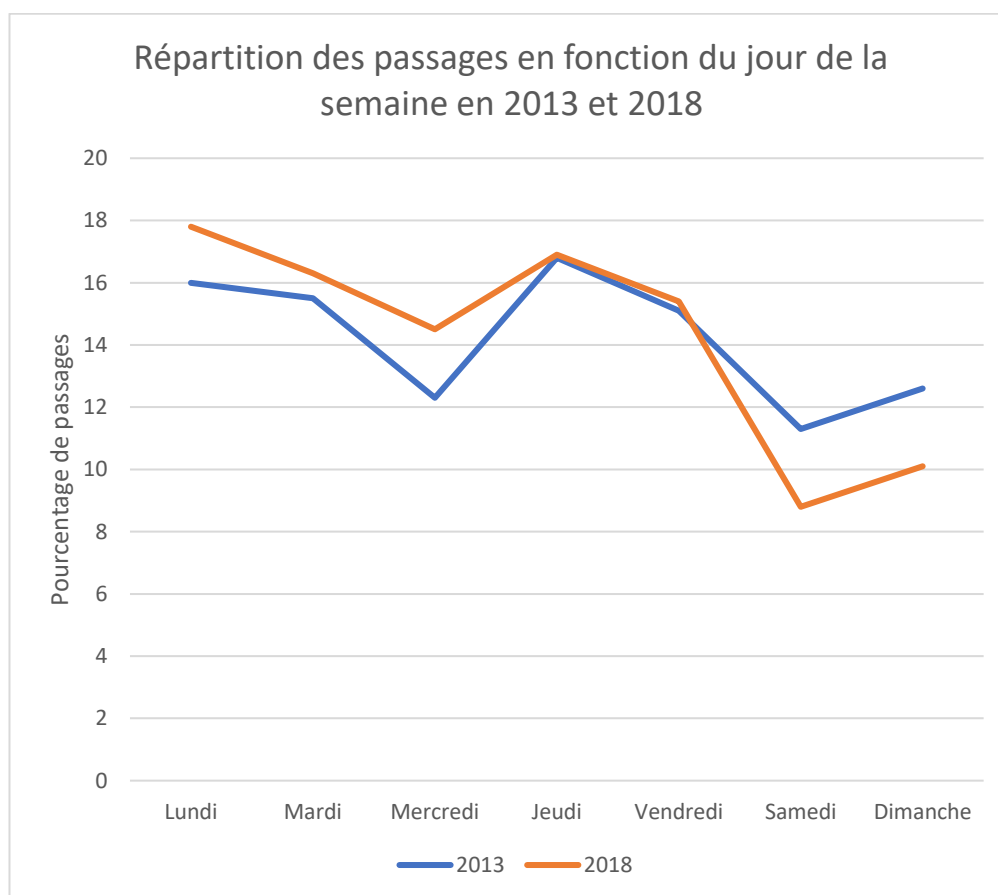


Figure 2 : Répartition des consultations pédopsychiatriques aux urgences du CHU de Nantes en fonction du jour de la semaine, comparativement entre 2013 et 2018.

c) Répartition journalière et horaire

En 2018 :

En semaine, **du lundi au vendredi**, les consultations se concentraient en journée, **entre 11h et 21h** avec **deux pics** : de **13h à 16h** et de **18h à 21h**.

Le **week-end**, il y avait **moins de passages** comme nous l'avons notifié préalablement, et ces admissions avaient lieu **majoritairement en soirée après 21h**, surtout le **dimanche**.

Par ailleurs, de façon générale, **plus de la moitié (57%)** des consultations avaient lieu **entre 8h et 18h** et le reste (43%) après 18h (ce qui correspondait au début de l'astreinte du médecin pédopsychiatre), dont les trois quarts de ces passages se faisaient **avant minuit**.

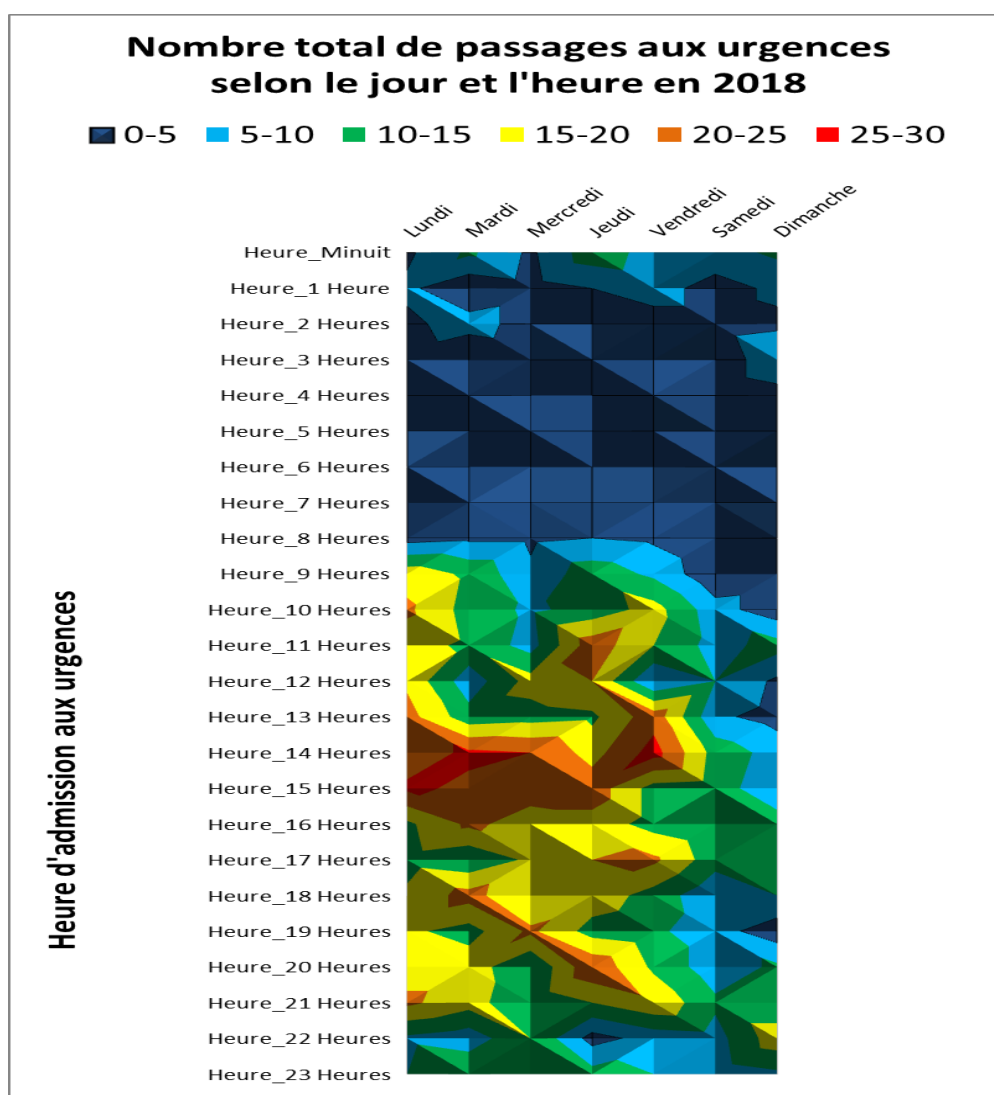


Figure 3 : Répartition des consultations pédopsychiatriques aux urgences du CHU de Nantes en 2018, en fonction du jour et de l'heure d'arrivée.

En 2013 :

52% des consultations avaient lieu entre 8h et 18h et 48% après 18h, dont plus de quatre cinquièmes d'entre elles également avant minuit.

On constate que les courbes représentant la **répartition des passages en fonction de l'heure d'admission** en **2013** et en **2018** étaient **similaires**, avec les deux pics d'affluence mentionnés ci-dessus.

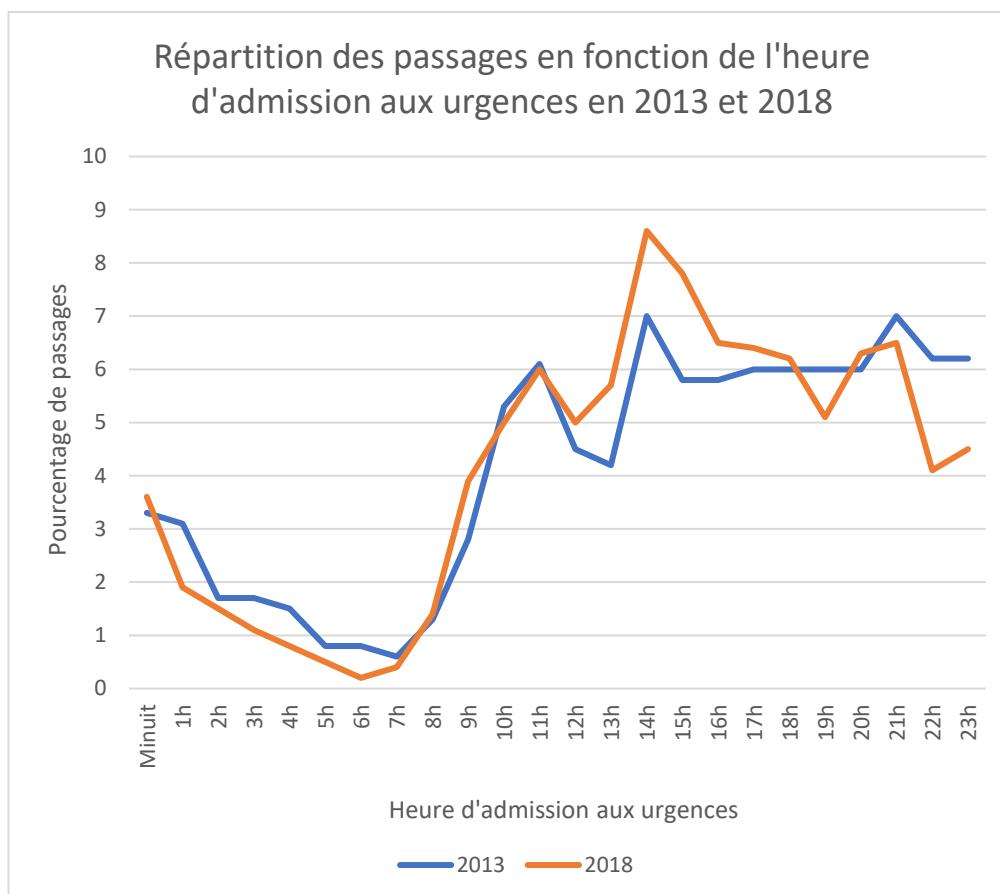


Figure 4 : Répartition des consultations pédopsychiatriques aux urgences du CHU de Nantes en fonction de l'heure d'admission, comparativement entre 2013 et 2018.

d) **Durée de passage aux urgences :**

En 2018 :

La **durée moyenne de passage** aux urgences à compter de l'heure d'admission était de **5h et 54 min** et la **médiane** de **4h et 22 min**.

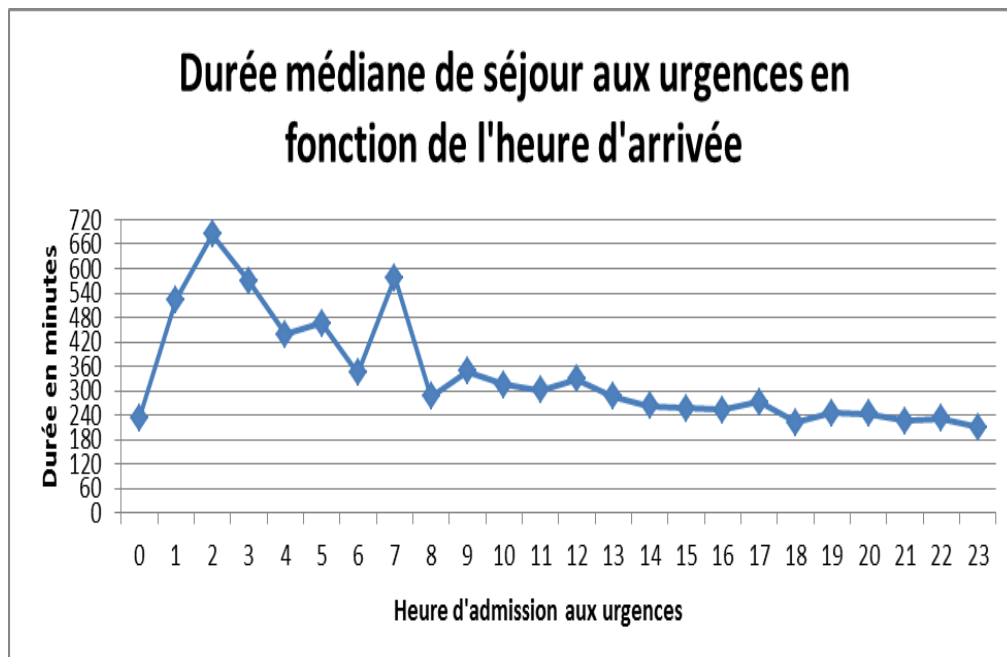


Figure 5 : Durée de séjour aux urgences du CHU de Nantes pour une consultation pédopsychiatrique en fonction de l'heure d'admission, en 2018.

En 2013 :

La **durée moyenne de séjour aux urgences** était de **4h et 51 min** et la **médiane** de **3h et 15 min** soit environ **une heure de moins qu'en 2018** pour ces deux variables.

3. Variables sociodémographiques

a) Sexe

Dans notre étude, le sex-ratio était en faveur des **filles** puisqu'elles représentaient **57.7 %** des consultations **en 2018**, ce qui était déjà le cas en 2013 avec un pourcentage de 51.6% de filles.

b) Âge

En 2018 :

L'âge moyen des consultations était de **14.23 ans** et la médiane de 15.42 ans. Il s'agissait le plus souvent d'**adolescents entre 14 et 17 ans (68%** des passages), et parmi ces derniers : **21% (n=352)** des passages concernaient des **filles de 16 à 17 ans** et **17% (n=272)** des **garçons de 16 à 17 ans**.

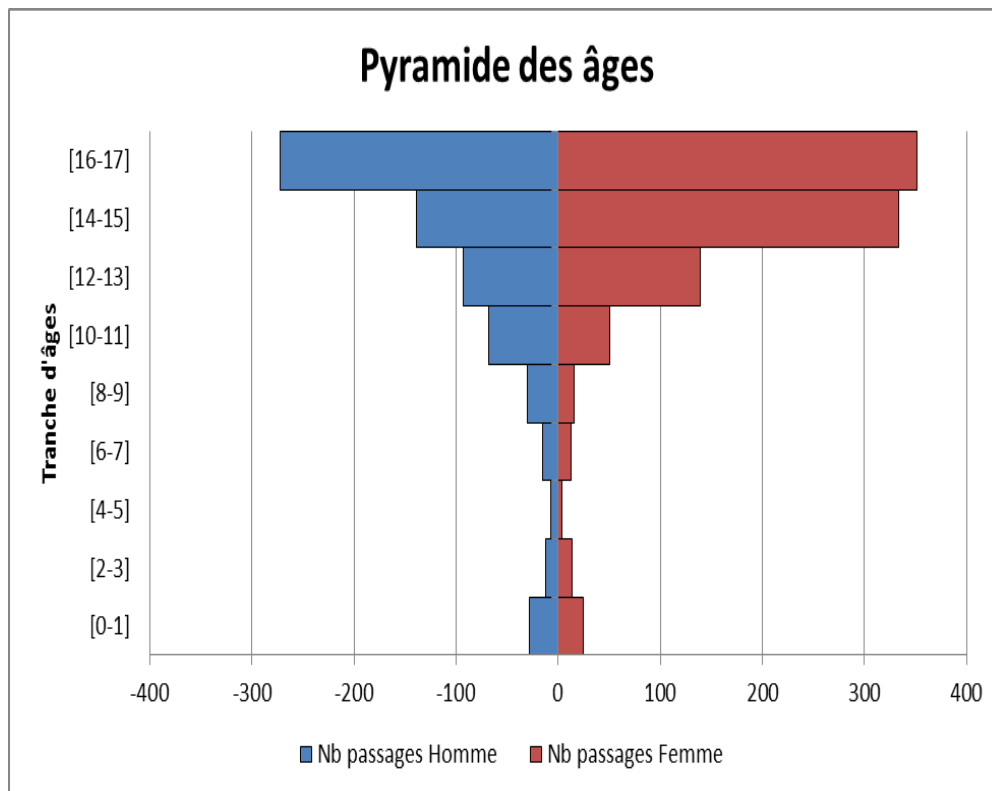


Figure 6 : Nombre de consultations pédopsychiatriques aux urgences du CHU de Nantes en 2018, en fonction du sexe et de la tranche d'âge.

En 2013 :

La moyenne d'âge était de 13.42 ans et la médiane de 14.84 ans.

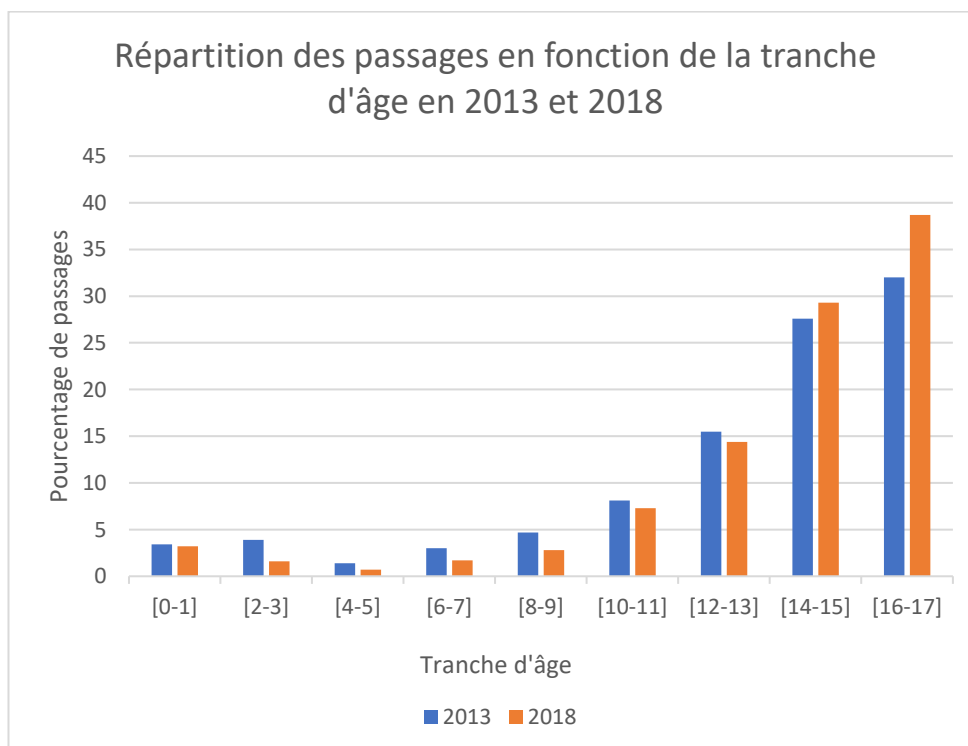


Figure 7 : Répartition des consultations pédopsychiatriques aux urgences du CHU de Nantes en fonction de la tranche d'âge, comparativement entre 2013 et 2018.

On constate que la proportion de mineurs de la tranche d'âge des **[16-17ans]** **a augmenté de +17% en 5 ans** (32% en 2013 vs 38.7% en 2018) et la tranche d'âge regroupant les **[14-17ans]** a augmenté de **+12%** (59% en 2013 vs 68% en 2018).

c) Lieu de vie :

94 % des mineurs qui consultaient aux urgences de Nantes étaient domiciliés en **Loire Atlantique** en 2013 comme en 2018.

d) Nationalité :

95% des mineurs étaient de nationalité française que ce soit en 2013 ou en 2018.

4. Variables étiopathogéniques

a) Motifs de consultation (recueillis de façon non exhaustive)

Les **principaux motifs renseignés** en tant que **diagnostic principal sur la période de 2013 à 2018** étaient les **troubles du comportement** (agitation, mais aussi les troubles comportementaux liés à l'utilisation d'alcool et/ou d'autres substances...) qui représentaient **68%** des passages, suivis des **troubles anxieux** chiffrés à **20,3%** et enfin les **symptômes liés à l'humeur** qui intéressaient **8%** des consultations.

Tableau 1 : Répartition des principaux motifs renseignés en tant que diagnostic principal parmi les consultations pédopsychiatriques réalisées aux urgences du CHU de Nantes, sur la période de 2013 à 2018.

Diagnostic principal (code CIM 10 et description)		Effectif en %
R45.1	Agitation	66
F410, F411 et F419	Troubles anxieux, anxiété généralisée	20.3
F32, F329, F39 et R458	Symptômes et signes relatifs à l'humeur	8
F100, F119, F129, F139, F199 et F1000	Troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, cannabis ...	2

b) Consultations multiples

En 2018 :

Les consultations répétées pour un même patient représentaient **40 %** (643/1612) **des consultations** totales et concernaient 236 patients soit **20 % des mineurs**.

Sur ces 236 patients : 145 patients (**61%**) ont consulté **deux fois**, 53 patients ont consulté trois fois et 38 ont consulté plus de trois fois sur l'année.

En 2013 :

Les consultations répétées pour un même patient représentaient **32.7 %** (388/1185) **des consultations** totales et concernaient 142 patients soit **15 % des mineurs**.

Sur ces 142 patients : 97 patients (**68%**) ont consulté **deux fois**, 23 patients ont consulté trois fois et 22 ont consulté plus de trois fois sur l'année.

Ainsi au CHU de Nantes, **la proportion de consultations multiples a augmenté de +18% en 5 ans** (32.7% en 2013 vs 40% en 2018), et elles intéressaient une part plus importante de mineurs (15% en 2013 vs 20% en 2018).

Parmi ces jeunes, **un tiers** avait consulté **plus de deux fois au cours de la même année**, que ce soit en 2013 ou en 2018.

5. Orientation et décision médicale de sortie

En 2018 :

Concernant l'orientation après le passage aux urgences, les **retours à domicile** (avec ou sans suivi ambulatoire) concernaient **49 %** des consultations (n=790) et les **hospitalisations 51 %** des consultations (n=822).

Parmi ces mineurs hospitalisés, **74%** (607/822) l'étaient **au sein du CHU de Nantes** (principalement dans le **service de Pédiatrie Générale**), et les 26% restants (215/822) étaient transférés dans un autre service ou dans un autre établissement hospitalier (18% en unité de court séjour, 5% en soins de suite de longue durée et 76% en unité de psychiatrie). A noter qu'aucun patient n'a été transféré directement dans le Service d'Hospitalisation Intersectoriel de Pédopsychiatrie (SHIP), au décours d'une consultation aux urgences pédiatriques.

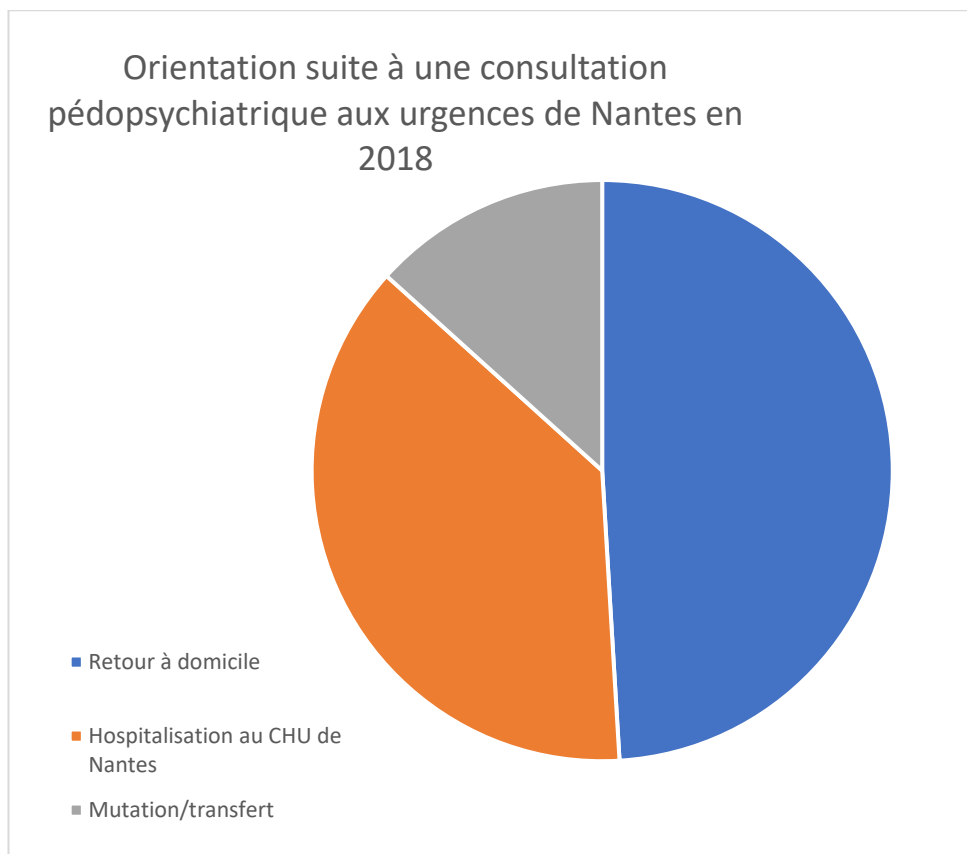


Figure 8 : Répartition des différentes orientations médicales à la suite d'une consultation pédopsychiatrique aux urgences du CHU de Nantes, en 2018.

Parmi les patients hospitalisés au CHU de Nantes, la **moyenne de la durée du séjour d'hospitalisation** était de **six jours** et la **médiane** était de **deux jours**.

En 2013 :

Le **taux d'hospitalisation** des mineurs admis pour motif pédopsychiatrique aux urgences de Nantes était comptabilisé à **51% également**, dont 80% étaient hospitalisés au sein du CHU de Nantes.

Le **taux d'hospitalisation** est donc resté **stable** en cinq ans.

Toutefois, le taux d'hospitalisation pour toutes causes confondues dans la population des mineurs, ayant quant à lui diminué de 14% (22.7% en 2013 vs 19.5% en 2018), le **ratio des hospitalisations pour motif pédopsychiatrique sur celui des hospitalisations pour toutes causes confondues** a en réalité augmenté de **+27.6%** (8.4% en 2013 vs 11.6% en 2018).

IV. DISCUSSION

1. Réponse à l'objectif de l'étude

Nous rapportons dans cette étude que 1190 mineurs ont été admis aux urgences du CHU de Nantes pour un motif pédopsychiatrique en 2018, pour un total de 1612 passages. Ce dernier chiffre représentait 4.4% (1612/36 273) de tous les passages, toutes causes confondues, dans la population des mineurs. Ces données sont similaires à celles retrouvées dans la littérature, par exemple dans les études de Podlipski et al. (10) ou de Starling et al. (26) avec un pourcentage de 1%, ou encore dans d'autres études avec un pourcentage atteignant jusqu'à 5% (21–23). En comparaison aux données de 2013, on note une augmentation du nombre de passages pour motif pédopsychiatrique évaluée à +26.5% (soit 427 passages en plus par an) ainsi qu'une majoration du ratio du nombre de consultations pédopsychiatriques sur le nombre total de consultations, chiffré à +16% (3.7% en 2013 vs 4.4% en 2018) au CHU de Nantes.

Dans notre étude, les consultations féminines étaient prédominantes à hauteur de 57.7 % en 2018, ce qui était déjà observé en 2013 avec 51% de filles. Cependant, dans la littérature, les études restent partagées sur le sex-ratio, et même si la plupart d'entre elles retrouvent effectivement une majorité de consultations féminines (19,24,26,27), certaines indiquent un sex-ratio égal à 1 (20,24), voire inversé (21,23,28).

L'âge moyen des mineurs était de 14.23 ans en 2018 et de 13.42 ans en 2013, à l'instar de la littérature où il est compris entre 12,5 ans et 14,5 ans (15,19,22–24,28). On constate également une surreprésentation de la population préadolescente et adolescente puisque plus de la moitié des passages intéressait des adolescents de plus de 15 ans (52%) dont la tranche d'âge des [16-17 ans] représentait à elle seule près de 40% des passages. Ce résultat est comparable à celui relevé à l'échelle nationale par le réseau OSCOUR de Santé Publique France, avec la moitié des passages concernant les [15-17ans] et 27% pour les [12-14ans] (29). Ce constat va également dans le sens des données d'Alvin et Marcelli, qui suggèrent que la prévalence des troubles psychologiques augmente avec l'âge, concernant 8% des enfants de 1 à 5 ans, 12% des grands enfants et pré adolescents de 6 à 12 ans, et 15% des adoles-

cents de 13 à 18 ans (30). Ainsi, parmi les caractéristiques intrinsèques susceptibles d'influer sur l'état de santé mentale, le sexe et l'âge font partie des facteurs sociodémographiques qui jouent un rôle très important. Comme le souligne l'INSERM, jusqu'à 12-13 ans dans les secteurs infanto-juvéniles de psychiatrie, les garçons sont plus nombreux que les filles, qui deviennent ensuite majoritaires et le resteront tout au long de leur vie (11).

En ce qui concerne la répartition temporelle des consultations, nous avons retrouvé dans notre étude une plus forte affluence des visites sur le temps scolaire, puisque les passages étaient presque deux fois plus fréquents sur cette période, représentant 79% des admissions en 2018. De plus, dans le contexte actuel de la pandémie mondiale liée au SARS-Cov2, il a été soulevé par nos équipes soignantes des urgences, que les consultations pédopsychiatriques avaient beaucoup diminuées depuis que les mineurs étaient contraints au confinement et donc mis à distance des établissements scolaires. Ainsi, ce constat nous amène à penser que l'école peut être un véritable facteur pourvoyeur de stress psychologique pour les jeunes, soit par la pression exercée par le corps enseignant sur les élèves, comme constaté dans deux études menées par Zakari et al. auprès de lycéens français (8,9), soit parce que ces jeunes sont victimes de harcèlement de la part de leurs camarades d'école. D'autre part, la littérature abonde dans ce sens, puisque l'on constate globalement moins de consultations pendant les vacances scolaires et les jours fériés, autour de 10% (20,37). Pour ce qui est de la répartition journalière, les consultations avaient lieu pour plus de la moitié d'entre elles (57%) entre 8h et 18h avec deux pics d'affluence entre 13h et 16h puis entre 18h et 21h en semaine, et ceci avait déjà été relevé en 2013. Après 18h, ce qui correspond à la fin de la permanence des soins et au début de l'astreinte du médecin pédopsychiatre au CHU de Nantes, les admissions se faisaient majoritairement avant minuit, tout comme soulevé dans les travaux de Podlipski et al. (10) ou encore de Case et al. (20), où l'on constate également une nette diminution des consultations après minuit. A noter que les horaires pris en compte dans notre étude, correspondaient à l'heure d'arrivée du patient dans le service d'accueil des urgences et non au début de leur prise en charge par un médecin. Cette répartition horaire nous renseigne néanmoins sur les modalités de recours aux urgences par l'entourage. On peut imaginer que ces derniers consultaient majoritairement en début d'après-midi ou en fin de journée, à la suite

d'évènements déclencheurs qui se seraient déroulés plus tôt dans la journée et pourraient ainsi faire de l'école un catalyseur des troubles psychopathologiques de l'enfant, capable de faire émerger des difficultés sous-jacentes. Il paraît donc important de sensibiliser les personnels de l'éducation nationale à ces problématiques.

En ce qui concerne la durée de séjour aux urgences, elle était en moyenne de 5h et 54 minutes en 2018 contre 4h et 51 min en 2013 soit une majoration de 63 minutes sur une période de cinq ans. Par ailleurs, on a pu constater qu'il existait une différence entre la journée et la nuit, puisqu'en journée la durée moyenne de passage était aux alentours de 4h et 30 min, et pouvait atteindre facilement plus de 7h en milieu de nuit en 2018. Dans l'étude de Cohen et al. menée au CHU de Nantes en 2015 (32), cette durée de passage était aussi un peu plus courte avec une moyenne calculée à 3h et 42 minutes, mais concernait uniquement des adolescents consultant pour une agitation et dont les symptômes devaient être rapidement maîtrisés. Cependant, ces longs délais de prise en charge reflètent bien que ces mineurs nécessitent des soins plus chronophages et du personnel entraîné. Ainsi, le nombre croissant de recours aux urgences pour ces motifs, et cela sans préparation des équipes, est responsable de l'augmentation de la durée des passages aux urgences et s'avère délétère pour ces enfants et leur entourage, mais également pour les autres usagers ainsi que les équipes soignantes.

Les motifs de consultation les plus fréquemment retrouvés au CHU de Nantes entre 2013 et 2018 étaient les troubles du comportement et principalement l'agitation (68%), puis les troubles anxieux (20%) et enfin les symptômes relatifs à l'humeur (8%). Ces résultats sont comparables à ceux observés à l'échelle nationale par le réseau OSCOUR de Santé Publique France, évalués sur la même période et en reprenant les mêmes codages, renseignés en tant que diagnostic principal (29). Notre analyse va également dans le sens de ce qui est décrit dans la littérature (15,21,24,26–28), puisque les troubles du comportement, l'anxiété et les troubles de l'humeur demeurent les deuxièmes, troisièmes et quatrièmes motifs de consultation les plus représentés et les tentatives de suicide le premier motif de consultation mais surtout la deuxième cause de suicide chez l'adolescent (33). Cependant, les comparaisons entre les études demeurent difficiles de par la variabilité des motifs et de leur fréquente association au cours d'une même consultation (notamment

l'anxiété et les troubles de l'humeur). L'exacerbation des troubles du comportement à l'adolescence refléterait de nouvelles formes d'expressions du fonctionnement psychique selon un pédopsychiatre français, Jeammet P (34). En effet, l'adolescence est une période charnière où l'individu est animé par des désirs contraires, ce qui remet en cause l'unité de son psychisme interne. Quand l'équilibre est rompu, cela peut engendrer des passages à l'acte qui lui donneraient un sentiment de maîtrise dans sa relation aux autres mais aussi par rapport à ses propres ambivalences. Ces passages à l'acte, particulièrement anxiogènes pour l'entourage, induisent des situations de crise qui les amènent à consulter aux urgences. Par ailleurs, certains troubles du comportement ou d'autres motifs comme les abus de substances, d'alcool ou de produits illicites, peuvent se révéler être des équivalents suicidaires, que Farberow définit comme des actes d'autodestruction (35). Enfin, les troubles de l'humeur et l'anxiété ont une prévalence élevée chez les adolescents puisque comme nous l'avons signalé, il s'agit d'une période de remaniements psychiques et de questionnements existentiels pour ces jeunes. Leur association est donc fréquente à cette période de la vie et il n'est pas étonnant de les retrouver parmi les premiers motifs de consultations chez les adolescents d'après Alvin et al. (36).

Dans notre étude, l'orientation médicale après un passage aux urgences pour un motif pédopsychiatrique était l'hospitalisation pour 51% des consultations en 2018, avec plus de trois quarts d'entre elles au sein du CHU de Nantes et principalement dans le service de Pédiatrie Générale. Ces chiffres sont à l'instar de ceux retrouvés dans la littérature et par exemple à travers les études de Christodulu et al. (23) et de Santiago et al. (21) avec 50% d'hospitalisations, ou encore celle de Grimaud qui retrouve 57% d'hospitalisations (37). Concernant l'aspect évolutif de ce taux d'hospitalisation au cours de ces cinq dernières années, on constate une certaine stabilité (51% en 2013 vs 51% en 2018) tandis que le taux d'hospitalisation pour toutes causes confondues à quant à lui diminué de 14% (22.7% en 2013 vs 19.5% en 2018) au CHU de Nantes. De ce fait, le ratio des hospitalisations pour motif pédopsychiatrique sur celui des hospitalisations pour toutes causes confondues chez les mineurs, a augmenté de +27.6% (8.4% en 2013 vs 11.6% en 2018). En comparaison à l'échelle nationale, le réseau OSCOUR de Santé Publique France a également retrouvé un taux d'hospitalisation pour motif pédopsychiatrique relativement

stable sur cette même période mais un peu moindre aux alentours de 30 %, ce chiffre variant toutefois entre 19% et 38% selon les régions (29). A noter que les Pays de la Loire représentent la région où le taux d'hospitalisation suite à un passage aux urgences pour trouble de la santé mentale chez les mineurs est le plus important de France, puisque chiffré à 38 %. L'organisme de Santé Publique France a aussi observé à l'échelle nationale, une hausse de la proportion d'hospitalisations pour motif pédopsychiatrique parmi toutes les hospitalisations chez les mineurs, chiffrée à +27% sur ces cinq dernières années (3.5% en 2013 vs 4.8% en 2018), ce qui est donc conforme à ce qui est retrouvé au CHU de Nantes. Par ailleurs, en ce qui concerne les données de la littérature, les études de Newton et al. (27) et de Blondon et al. (15) retrouvent à l'inverse, une diminution du taux d'hospitalisation et parallèlement une augmentation des retours à domicile pour les mineurs consultant aux urgences pour un trouble de la santé mentale, cette évolution pouvant en partie s'expliquer par un amoindrissement et une saturation de la disponibilité des lits face à la demande qui augmente. En effet, comme nous l'avons vu, les lits dédiés à la pédopsychiatrie sont souvent saturés, ce qui peut conduire à des orientations par défaut. Dans ce sens, l'étude de Blanc et al. mentionne que 10% des consultations ne sont pas hospitalisées en psychiatrie malgré leur indication, se concluant généralement par une sortie avec un suivi ambulatoire rapproché, faute de lits disponibles (38). Néanmoins à l'inverse, certaines consultations aux urgences concernent des situations jugées moins sévères et ne relevant pas nécessairement d'une hospitalisation. Or, au CHU de Nantes, ces mineurs pouvaient parfois être hospitalisés par « excès » en Pédiatrie Générale, afin d'être réévalués le lendemain par l'équipe de Pédopsychiatrie de liaison. Cela avait lieu lorsqu'un avis spécialisé ne pouvait être apporté sur le temps de séjour au sein du service des urgences, principalement pour les admissions qui avaient lieu en soirée ou la nuit sur la période d'astreinte du médecin pédopsychiatre. Ainsi, l'assurance permanente 24 heures sur 24, d'une évaluation initiale par un spécialiste formé dans le domaine de la santé mentale dès l'admission aux urgences, permettrait aussi de faire baisser ces hospitalisations qui ne s'avèrent pas toujours justifiées.

Ces différents paramètres analysés vont être utiles à l'élaboration du projet de mise en place d'un secteur d'urgence pédopsychiatrique adapté au mieux aux

besoins de la population et permettant ainsi d'optimiser les prises en charge aux urgences de ces mineurs.

2. L'évolution quantitative et qualitative des mineurs admis aux urgences pour des motifs pédopsychiatriques au cours de ces cinq dernières années

Nous avons pu constater à travers ce travail, une inflation du nombre de consultations pour motif pédopsychiatrique au CHU de Nantes, chiffrée à + 26.5% en cinq ans. Cette augmentation va dans le même sens que les données nationales fournies par le réseau OSCOUR de Santé publique France, qui retrouve une majoration encore plus forte à +49% entre 2013 et 2018 (29). Cependant à l'échelle nationale, cet organisme a relevé une majoration des passages principalement dans la tranche d'âge des [12-14ans] où l'on observe une hausse de + 23%, même si la tranche d'âge des [15-17ans] demeure toujours quantitativement la plus importante puisqu'elle représente la moitié (51%) des mineurs, contre 27% pour les [12-14ans]. A contrario, au CHU de Nantes, ce sont les mineurs de [14-17ans] qui représentent la tranche d'âge qui a le plus augmenté avec une majoration de + 14% (59.6% en 2013 vs 68% en 2018). En ce qui concerne la région des Pays de la Loire, la part d'activité des passages aux urgences pour un diagnostic pédopsychiatrique chez les [0-17ans] a quant à elle augmenté de +15% en cinq ans (2,34% en 2013 vs 2.77% en 2018), ce qui fait partie des taux d'augmentation les plus élevés avec les régions Bretagne et Hauts de France (DOM TOM exclus). De plus, en termes de valeurs absolues, cette majoration des consultations pédopsychiatriques au niveau national a en réalité presque doublé en cinq ans, puisque qu'elles sont passées de 2800 à 5500 passages par mois, soit plus de 60 000 passages par an en 2018. Dans la littérature, au niveau international, on retrouve également une augmentation du nombre de consultations pour motif pédopsychiatrique dans les services d'urgence, chiffrée à +21% entre 2006 et 2011 dans l'étude de Mroczkowski et al (33) et à +38% entre 2001 et 2011 dans l'étude de Carubia et al. (40), toutes deux menées aux Etats Unis, et ces majorations touchent surtout la tranche d'âge des [12-17ans]. Une inflation encore plus importante de +66 % entre 2007 et 2017 a même été observée au Canada dans l'étude de Rosic et al (13). Cette hausse des consultations concerne deux fois

plus les urgences pédopsychiatriques même si les consultations pour tous motifs confondus ont-elles aussi augmenté de +12.5% au CHU de Nantes (31 737 passages en 2013 vs 36 273 passages en 2018). Face à cet accroissement, plusieurs explications peuvent être avancées. Premièrement, les urgences offrent une accessibilité et une disponibilité optimales, ainsi qu'une permanence de soins 24 heures sur 24, avec la garantie d'une consultation pédopsychiatrique en cas de besoin. En effet, comme le constate Mapelli et al. dans une étude canadienne, le degré de gravité de la crise psychiatrique a diminué, suggérant que les patients utilisent les urgences comme un moyen de répondre à leurs besoins non urgents, quand ils ne peuvent accéder à une prise en charge plus rapide dans une autre structure (41). Par ailleurs, elles offrent un plateau technique complet permettant la réalisation d'exams complémentaires, ce qui peut rassurer les familles et de plus, par leur vocation transdisciplinaire, les urgences peuvent aussi apparaître moins stigmatisantes et constituer un endroit de premier recours intéressant pour les familles réticentes à faire appel directement à la psychiatrie (26). D'autre part, on peut également évoquer une certaine inadéquation entre l'offre et la demande dans le domaine de la santé mentale, et notamment face à la double pénurie humaine et matérielle venant entraver la continuité des soins (42), ces problématiques étant aussi constatées sur le sol américain par Dolan et Fein (43). Les patients viendraient ainsi chercher aux urgences ce qu'ils n'obtiendraient pas ailleurs, devenant un lieu de consultation de routine par défaut (16). Face à cette demande croissante, les délais de prise en charge augmentent partout, pouvant parfois atteindre plus de six mois, comme constaté par Rist et Plantade en Ile de France (42). De plus, les lits dédiés à la psychiatrie infanto-juvénile sont souvent saturés, ce qui pèse encore davantage sur les structures ambulatoires qui doivent assurer la majorité des prises en charge, même en situation de crise. Ensuite, on peut faire l'hypothèse d'une recrudescence des fragilités socio-éducatives chez ces jeunes, comme illustrée dans l'étude de Cautenet au CHU de Nancy, qui relève que plus de la moitié des demandeurs ou accompagnateurs sont les parents ou les responsables légaux, ceci venant refléter le désenpauvrement des familles qui sont en première ligne et dont les capacités de contenance sont parfois dépassées. Nous pouvons généraliser ce phénomène aux substituts de l'entourage familial et notamment aux institutions, qui sont responsables d'une part importante des demandes d'après dans

les données de la littérature (14), utilisant parfois les urgences comme une « soupape » dans certaines situations lourdes (44). Les autres professionnels de santé (dont le médecin traitant par exemple), sont également à l'origine de 3 à 20% des demandes selon les analyses de plusieurs études (21,22,26). Cette urgence à intervenir peut concerner l'« urgence symptôme » comme les tentatives de suicide ou l'agitation, l'« urgence de situation » comme la maltraitance ou les fugues, ou encore l'« urgence psychosomatique ». Cependant, quelle qu'elle soit, C. Vidailhet affirme que toute demande urgente doit être prise au sérieux et traitée comme telle, même si la réponse peut être différée (45). Et enfin, une autre hypothèse face à la hausse des consultations, est celle d'une modification sociétale assujettie à une logique de consommation (44), ou encore consécutive à la médiatisation des troubles psychiatriques chez les jeunes, ce qui vient sensibiliser la société à ces problématiques (15).

3. Les forces et les limites

Les forces de notre étude sont d'une part, l'exhaustivité de par l'inclusion de tous les mineurs admis aux urgences du CHU de Nantes au cours des deux années d'étude, soit 2013 et 2018, en interrogeant les codes du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) correspondant aux pathologies relevant du domaine de la santé mentale, y compris les consultations qui étaient itératives à un même patient. D'autre part, le CHU de Nantes constitue le centre de référence de l'agglomération nantaise et le seul pôle disposant de médecins pédopsychiatres au sein de ses services d'urgence. Cela permet de drainer un large bassin de population et offre un panel assez représentatif des situations que l'on peut rencontrer à plus grande échelle en France. De plus, de par son caractère épidémiologique, cette étude contribue à l'enrichissement de la connaissance des profils de consultations pédopsychiatriques dans les services d'urgence de l'agglomération nantaise et illustre un sujet d'actualité au cœur des enjeux de santé publique. En effet, les demandes de prise en charge sont en plein essor dans le domaine de la pédopsychiatrie, tout comme les troubles de la santé mentale chez les enfants et les adolescents. Les urgences pédiatriques constituent un terrain d'investigations particulièrement pertinent grâce à leur situation privilégiée au carrefour de la prise en charge et leur rôle dans la continuité des soins, qui reflète aussi l'état des autres structures de soin et notamment des centres ambulatoires. Cette étude

offre donc des pistes de réflexion en vue de l'amélioration des pratiques, et souligne le travail partenarial et en réseau qu'elle implique, en insistant sur la nécessité d'une adéquation optimale entre les offres de soins et les demandes qui augmentent.

En revanche, ce travail présente aussi certaines limites, en raison notamment de son caractère monocentrique et rétrospectif qui de ce fait peut aboutir à des biais de mesure et d'échantillonnage. De plus, il paraît important de souligner qu'il existe probablement des défauts de codage dans le renseignement des diagnostics principaux, or c'est ce dispositif que nous avons utilisé pour récolter nos données.

Cependant, l'insuffisance principale de notre étude reste le manque de certaines variables qui n'ont pu être prises en compte malgré leur intérêt pour analyser les caractéristiques intrinsèques et extrinsèques de ces jeunes qui consultent dans les services d'urgence pour des motifs pédopsychiatriques. Cela concerne principalement les informations relatives à leur environnement socio-familial, la connaissance de leur lieu de vie (domicile familial ou placement en institution, prise en charge par l'aide sociale à l'enfance : ASE) et la constitution de leur foyer familial (biparental ou monoparental). En effet, selon certaines études, il a été souligné que les mineurs consultant aux urgences pédiatriques pour agitation, semblaient pour une majeure partie d'entre eux confiés à une institution et définis comme des « cas complexes » (32,39). Il aurait donc été intéressant de rechercher ces données dans notre étude afin d'identifier si cet aspect était aussi observé pour d'autres motifs pédopsychiatriques. L'identification de l'adresseur à l'initiative de la consultation et celle de l'accompagnateur ainsi que le moyen de locomotion déployé (propres moyens, ambulance, pompiers...) sont d'autres éléments extrinsèques qui peuvent avoir une importance pour illustrer les profils de ces mineurs et de leur entourage. Par ailleurs, d'autres facteurs comme le parcours scolaire, les antécédents personnels et familiaux, la notion d'un suivi psychiatrique antérieur ou actuel n'ont pu être considérés, autant de critères qu'il serait pertinent d'étudier pour mieux appréhender ces jeunes qui sont plus susceptibles de reconsulter aux urgences. Parmi les autres limites, on peut également soulever que tous les diagnostics principaux n'ont pu être analysés au moment de la réalisation de notre étude, ne reflétant ainsi pas l'exhaustivité des motifs pédopsychiatriques des mineurs consultant aux urgences du CHU

de Nantes sur cette période. En effet, certains diagnostics comme les lésions auto-infligées et notamment les tentatives de suicide, n'ont pu être retenus selon les règles de codage, car il était interdit de les renseigner en tant que diagnostic principal mais uniquement en tant que diagnostic associé, et les seuls codes autorisés concernaient les tentatives de suicide médicamenteuses en indiquant les codes des molécules ingérées (T36-50). L'autre solution pour connaître la proportion de tentatives de suicide chez les mineurs consultant aux urgences du CHU de Nantes, aurait donc été de prendre en considération les diagnostics associés, ce qui n'a pas été le choix de notre étude, mais qui serait une perspective intéressante à envisager dans un prochain travail. En effet, ce motif représente une urgence réelle et majeure dans le domaine de la santé mentale puisqu'il se positionne comme le premier motif pédopsychiatrique de consultation dans de nombreuses études et la deuxième cause de décès chez l'adolescent comme nous l'avons précédemment rappelé (33). Ensuite, il aurait aussi été intéressant de pouvoir recenser le nombre de mineurs pour lesquels l'équipe soignante a été contrainte d'avoir recours à une contention qu'elle soit chimique et/ou physique. En effet, d'autres études et notamment celle menée par Cohen et al. portant sur l'agitation des adolescents dans les services d'urgence pédiatrique du CHU de Nantes en 2015, avait notifié qu'il avait été nécessaire d'avoir recours à un traitement neuroleptique sédatif par voie orale comme contention chimique pour 10% des mineurs (32). Une autre étude menée par Carubia et al. s'est également intéressée aux pratiques et aux méthodes de contention utilisées en cas d'agressivité dans les services d'urgence aux Etats Unis (40).

4. Les consultations multiples

On entend par « consultations multiples », plusieurs passages intéressant un même individu, au cours de la même année dans le cas de notre étude. Au CHU de Nantes, plus d'une consultation sur trois appartenait à la catégorie des « consultations multiples » (40% des consultations totales) et concernaient 20% des mineurs en 2018, ce qui est un peu plus élevé que ce qui était observé en 2013 (32.7% des consultations totales pour 15% des mineurs). On retrouve des pourcentages similaires dans la littérature, comme dans l'étude de Rosic et al. au Canada, qui montre que 22% des patients reconsultaient aux

urgences pour un motif pédopsychiatrique dans les six mois après leur première visite (13). Ces auteurs ont par ailleurs identifié des profils caractéristiques chez ces mineurs qui multiplient leurs passages, comme le sexe féminin, l'âge entre 14 et 17 ans, une hospitalisation au décours de la première visite, le diagnostic de dépression mais uniquement pour le sexe féminin, alors que le diagnostic d'anxiété était plutôt protecteur quant à lui. Au CHU de Nancy, dans l'étude de Cautenet (14), on retrouve une estimation d'une consultation sur cinq pour les consultations multiples avec plus de la moitié d'entre elles qui s'élevait à plus de deux visites pour un même patient sur une année. Mais les pourcentages de consultations répétées peuvent varier allant de 10 % à 50% sur des périodes variables comprises entre six mois et quatre ans dans différents travaux (21,22,24,26–28,46). On peut émettre plusieurs hypothèses concernant ces patients qui reviennent précocement aux urgences pour des motifs semblables, comme l'utilisation des urgences pour des raisons de commodité ou encore du fait que leur recours apparaisse comme une alternative intéressante et rapide, face à une diminution de l'accès au réseau de soins ambulatoires. Mais ces consultations multiples doivent rester l'exception, et il est donc primordial de repenser la structuration de la continuité des soins en aval, au sein de structures adaptées comme un hôpital de jour par exemple, qui serait spécifiquement destiné à la prise en charge de ces mineurs, en post consultation d'urgence.

5. Conclusion et perspectives d'évolution

Comme nous l'avons vu, les urgences constituent bien souvent le premier et même parfois le seul recours avec le système de soin pour les enfants et adolescents. Elles concernent également une population souvent vulnérable et plus à risque de présenter des troubles psychopathologiques. Les urgences sont de ce fait au carrefour de plusieurs niveaux de soin car elles peuvent être l'occasion de dispenser des informations et des conseils, mais également de dépister précocement certains troubles, ou encore d'effectuer un entretien psychiatrique et une première évaluation à visée diagnostique et thérapeutique afin de permettre la continuité des soins en aval.

Cependant, la discipline de la psychiatrie infanto-juvénile est marquée par une double pénurie : celle des moyens structuraux et des moyens humains. Le nombre de lits en hospitalisation a en effet chuté au cours des vingt dernières

années (11) et les effectifs en médecins pédopsychiatres sont largement insuffisants par rapport aux besoins estimés comme le mentionne une étude nord-américaine, avec un nombre de 8 300 pédopsychiatres en activité pour un besoin de 30 000 spécialistes en théorie, soit un quart de l'effectif nécessaire (40). L'effort doit donc se poursuivre dans le sens d'une adéquation entre la demande et l'offre de soins, en visant un maintien des hospitalisations et des autres structures, d'autant plus que la hausse des consultations pédopsychiatriques aux urgences engendre un surcoût important car elle exploite les ressources sanitaires (21,22,28). Le renforcement des centres ambulatoires permettrait en parallèle de faire baisser ce recours aux urgences. Par ailleurs, cette inflation de visites implique aussi la sensibilisation et la formation des professionnels de première ligne sur les problématiques psychiatriques, et donc une collaboration optimale et pérenne entre les équipes de pédiatrie et de pédopsychiatrie (47). En effet, il existe une certaine antinomie entre l'abord de l'urgence psychiatrique et celui de l'urgence somatique puisqu'ils ne demandent pas la même temporalité, ni la même distance émotionnelle, cette collaboration étant pourtant indispensable à tous les niveaux. D'autre part, notre étude ne nous ayant pas permis d'identifier tous les facteurs intrinsèques et extrinsèques des mineurs qui consultent aux urgences pour un motif pédopsychiatrique et notamment les profils de ceux qui seraient plus à même de reconsulter précocement, ces aspects demanderaient donc à être explorés dans une étude à venir. Cette analyse permet néanmoins dans un premier temps de confirmer les besoins urgents en moyens structuraux et humains nécessaires à mettre en œuvre au sein des services d'urgence du CHU de Nantes, dans l'objectif de répondre correctement aux demandes des mineurs qui ne cessent de croître. A Nantes, l'objectif commun serait de créer des locaux dédiés pour une unité d'accueil pédopsychiatrique qui serait distincte du service des urgences pédiatriques, encadrée et dirigée par une équipe spécifiquement formée et constituée de médecins pédopsychiatres, pédiatres et d'infirmiers spécialisés en pédopsychiatrie. Le but serait de désengorger les urgences pédiatriques en réalisant un tri en amont, lorsque toute cause médicale aura été préalablement éliminée, et d'optimiser l'orientation et la prise en charge en aval. D'autres moyens comme la télé psychiatrie sont également pensés et proposés dans d'autres centres (33), mais encore trop peu développés en France.

Même si cet état des lieux reste incomplet, il semble important d’alerter les autorités sanitaires de l’urgence des besoins très spécifiques de prise en charge, en regard de l’inflation de mineurs vus annuellement aux urgences pour un motif pédopsychiatrique.

V. BIBLIOGRAPHIE

1. Tubiana M. Santé mentale de l’enfant. VST - Vie Soc Trait. 2006; 91(3):116-43.
2. Académie de médecine, « Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de soins français », *Bull. Acad. Nat. Méd.*, 2002, 186, 447-531
3. World Health Organization. The World Health Report 2001-Mental Health: New Understanding, New Hope, World Health Organisation, Lyon, France, 2001. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2001 [cité 4 déc 2019]. Disponible sur: <http://site.ebrary.com/id/10015759>
4. Haut Conseil de Santé Publique. Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 [Internet]. 2016 [cité 3 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=555>
5. Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, Santé des enfants et des adolescents (1-17 ANS). 2017;44. [cité 27 févr 2020]. Disponible sur: https://www.santepaysdelaloire.com/sites/default/files/fiches-lso/SanteHabPDL2017/2017_etatsantepdl_1-17ans.pdf
6. Healy E, Saha S, Subotsky F, Fombonne E. Emergency presentations to an inner-city adolescent psychiatric service. *J Adolesc.* 1 août 2002;25(4):397-404.
7. Kennedy A, Cloutier P, Glennie JE, Gray C. Establishing best practice in pediatric emergency mental health: a prospective study examining clinical characteristics. *Pediatr Emerg Care.* juin 2009;25(6):380-6.

8. Zakari S, Walburg V, Chabrol H. Étude du phénomène d'épuisement scolaire, de la dépression et des idées de suicides chez des lycéens français. [Internet]. 22 sept 2008 [cité 4 déc 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/183469>

9. Zakari S, Walburg V, Chabrol H. Influence de la pression perçue par les lycéens français sur le stress scolaire. *J Thérapie Comport Cogn*. 1 sept 2008;18.

10. Podlipski M-A, Peuch A-C, Belloncle V, Rigal S, Grall-Lerosay M, Castanet M, et al. Accueil en urgence des adolescents pour motif pédopsychiatrique. [Internet]. 8 janv 2014 [cité 4 déc 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/864318>

11. Institut national de la santé et de la recherche. Troubles mentaux : Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent [Internet]. Les éditions Inserm; 2002 [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/165>

12. Koener B, Deschietere G, de Becker E. Les urgences pédopsychiatriques aux cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles : état des lieux et pertinence de la création de lits de crise. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. nov 2015;63(7):482-9.

13. Rosic T, Duncan L, Wang L, Eltorki M, Boyle M, Sassi R, et al. Trends and Predictors of Repeat Mental Health Visits to a Pediatric Emergency Department in Hamilton, Ontario. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. Août 2019;28(2):82-90.

14. Cautenet A. Consultations pédopsychiatriques aux urgences pédiatriques du CHU de Nancy : profil et comparaison à 10 ans. [Internet]. [Thèse d'exercice]. [Nancy, France]: Université de Lorraine. 26 janv 2015 [cité 4 déc 2019]; Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732503>

15. Blondon M, Périsset D, Unni S-K-E, Wilson A, Mazet P, Cohen D. L'accueil d'urgence en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : évolution sur 20 ans dans un site hospitalo-universitaire. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* avr 2007;55(1):23-30.
16. Sicot F. Urgences pédopsychiatriques : resituer les crises dans le contexte organisationnel de leur survenue. *Empan.* 2009;75(3):53-60.
17. Speranza M, Laudrin S. Accueil d'urgence en pédopsychiatrie. *Enfances Psy.* 2002;18(2):84-91.
18. Jean S, Kim B, Donna R. Psychiatric Emergencies in Children and Adolescents: An Emergency Department Audit. *Australas Psychiatry.* 1 déc 2006;14(4):403-7.
19. Sills MR, Bland SD. Summary statistics for pediatric psychiatric visits to US emergency departments, 1993-1999. *Pediatrics.* oct 2002;110(4):e40.
20. Case SD, Case BG, Olfson M, Linakis JG, Laska EM. Length of stay of pediatric mental health emergency department visits in the United States. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* nov 2011;50(11):1110-9.
21. Santiago LI, Tunik MG, Foltin GL, Mojica MA. Children requiring psychiatric consultation in the pediatric emergency department: epidemiology, resource utilization, and complications. *Pediatr Emerg Care.* févr 2006;22(2):85-9.
22. Mahajan P, Alpern ER, Grupp-Phelan J, Chamberlain J, Dong L, Holubkov R, et al. Epidemiology of psychiatric-related visits to emergency departments in a multicenter collaborative research pediatric network. *Pediatr Emerg Care.* nov 2009;25(11):715-20.

23. Christodulu KV, Lichenstein R, Weist MD, Shafer ME, Simone M. Psychiatric emergencies in children. *Pediatr Emerg Care.* août 2002;18(4):268-70.
24. Boyer L, Henry J-M, Samuelian J-C, Belzeaux R, Auquier P, Lancon C, et al. Mental Disorders among Children and Adolescents Admitted to a French Psychiatric Emergency Service. *Emerg Med Int.* 2013;2013:651530.
25. Haute Autorité de Santé - Programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS [Internet]. [cité 27 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has
26. Starling J, Bridgland K, Rose D. Psychiatric emergencies in children and adolescents: an Emergency Department audit. *Australas Psychiatry Bull R Aust N Z Coll Psychiatr.* déc 2006;14(4):403-7.
27. 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):447-54.
28. Grupp-Phelan J, Mahajan P, Foltin GL, Jacobs E, Tunik M, Sonnett M, et al. Referral and resource use patterns for psychiatric-related visits to pediatric emergency departments. *Pediatr Emerg Care.* avr 2009;25(4):217-20.
29. Réseau OSCOUR® - Organisation de la surveillance coordonnée des urgences [Internet]. [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: [/surveillance-syndromique-sursaud-R/reseau-oscour-R-organisation-de-la-surveillance-coordonnee-des-urgences](#)
30. Alvin P. Adolescents souffrants et suicidants : les dangers de l'esquive. *Archives de Pédiatrie.* 1 sept 2008;15(9):1383-7.

31. Crespo Marcos D, Solana García MJ, Marañón Pardillo R, Gutiérrez Regidor C, Crespo Medina M, Míguez Navarro C, et al. [Psychiatric patients in the pediatric emergency department of a tertiary care center: review of a 6-month period]. *An Pediatría Barc Spain* 2003. juin 2006;64(6):536-41.

32. Cohen L, Guen CG-L, Fleury J, Caldagues E, Dreno L, Picherot G, et al. Agitation des adolescents dans les services d'accueil des urgences pédiatriques : problématique des cas dits « complexes ». [Internet]. 8 déc 2017 [cité 5 déc 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.budistant.univ-nantes.fr/article/1183228/resultatrecherche/1>

33. Gerson R, Malas N, Mroczkowski MM. Crisis in the Emergency Department: The Evaluation and Management of Acute Agitation in Children and Adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 1 juill 2018;27(3):367-86.

34. Jeammet P. Innovations en clinique et psychopathologie de l'adolescence. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 déc 2001;159(10):672-8.

35. Nelson FL, Farberow NL. Indirect self-destructive behavior in the elderly nursing home patient. *J Gerontol*. nov 1980;35(6):949-57.

36. Alvin P, Marcelli D, Bader-Meunier B, Baruchel A, Collectif. *Médecine de l'adolescent*. Édition : 2e édition. Paris: Elsevier Masson; 2005. 453 p.

37. Grimaud Hélène. Les urgences psychosociales aux urgences pédiatriques: caractéristiques et modalités de prise en charge. [Internet]. [Thèse d'exercice]. Université de Nantes. 2007. [cité 27 févr 2020] ; Disponible sur :<https://nantilus.univ-nantes.fr/vufind/Record/PPN115300074/Description>

38. Blanc B, Zebiche H, Didillon A, Legras S, Maestracci M, Rodière M. Pédopsychiatrique de crise et adolescents aux urgences pédiatriques. [Internet]. 3 juin 2008 [cité 27 févr 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/164955>
39. Duverger P, Picherot G, Champion G, Dreno L. Turbulences aux urgences pédiatriques. Agitation de l'enfant et de l'adolescent. Archives de Pédiatrie. 1 juin 2006;13(6):819-22.
40. Carubia B, Becker A, Levine BH. Child Psychiatric Emergencies: Updates on Trends, Clinical Care, and Practice Challenges. Curr Psychiatry Rep. avr 2016;18(4):41.
41. Mapelli E, Black T, Doan Q. Trends in Pediatric Emergency Department Utilization for Mental Health-Related Visits. J Pediatr. oct 2015;167(4):905-10.
42. Rist B, Plantade A. L'hospitalisation des urgences en pédopsychiatrie : la crise de la sortie. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 1 mars 2002;50(2):150-4.
43. Dolan MA, Fein JA, Committee on Pediatric Emergency Medicine. Pediatric and adolescent mental health emergencies in the emergency medical services system. Pediatrics. mai 2011;127(5):e1356-1366.
44. Duverger P, Champion G, Malka J. Les urgences pédopsychiatriques à l'urgence pédiatrique. Rev Francaise Psychiatr Psychol Médicale. 2000;4(40):19-22.
45. Vidailhet C. [Pediatric psychiatric emergencies in a hospital for children]. Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr. déc 1995;2(12):1131-4.

46. 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):726-30.
47. Horowitz L, Kassam-Adams N, Bergstein J. Mental health aspects of emergency medical services for children: summary of a consensus conference. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. déc 2001;8(12):1187-96.

VI. LISTE DES ABBREVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

HAS : Haute Autorité de Santé

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de Santé

RPU : Résumé du Passage aux Urgences

SAU : Service d'Accueil d'Urgence

SA-UMP : Service d'Accueil des Urgences Médico-Psychiatriques

SAUP : Service d'Accueil d'Urgence Pédiatrique

SHIP : Secteur d'Hospitalisation Intersectoriel de Pédopsychiatrie

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

Vu, le Président du Jury,
Madame le Professeur C. GRAS LEGUEN

Vu, le Directeur de Thèse,
Madame le Professeur C. GRAS LEGUEN

Vu, le Doyen de la Faculté,
Madame le Professeur P. JOLLIET

**Titre de thèse : Description des mineurs admis pour motif
pédopsychiatrique aux urgences du CHU de Nantes et évolution entre
2013 et 2018**

RESUME :

Contexte : Les équipes d'accueil des urgences sont confrontées à des admissions de mineurs de plus en plus nombreuses, pour des motifs pédopsychiatriques souvent en rapport avec des états de crises, et qui nécessitent des ressources sanitaires spécifiques. Face à cet accroissement des demandes, l'offre de soins souffre d'une double pénurie : humaine et matérielle, qui crée de multiples insatisfactions pour les usagers et pour le personnel médical.

Objectif : Etudier quantitativement et qualitativement l'évolution des recours aux urgences du CHU de Nantes pour des motifs pédopsychiatriques dans la population des mineurs, entre 2013 et 2018.

Résultats : Durant les cinq années de l'étude, les admissions de mineurs aux urgences du CHU de Nantes pour des motifs pédopsychiatriques, ont augmenté de +26.5% (1185 en 2013 vs 1612 en 2018), alors que le taux d'hospitalisation est resté stable (51%) ainsi que la durée moyenne d'hospitalisation (6 jours), dans le service de Pédiatrie Générale pour 74% des cas. En 2018, la moyenne d'âge était de 14,23 ans vs 13,42 ans en 2013, 52% des mineurs avaient plus de 15 ans et 57,7% étaient des filles. Les consultations avaient lieu principalement avant minuit, et la durée moyenne de passage aux urgences s'est allongée de 63 minutes en cinq ans, atteignant une moyenne de 5h et 51 min en 2018. Les principaux motifs de consultation étaient les troubles du comportement dont l'agitation (68%), puis les troubles anxieux (22%) et enfin les troubles de l'humeur (8%), bien que la part des tentatives de suicide n'ait pu être évaluée dans cette étude. Les consultations étaient répétées pour 40% des passages et concernaient 20% des mineurs en 2018, ce qui a également augmenté par rapport à ce qui était observé en 2013.

Conclusion : Les résultats confirment l'impression des équipes soignantes et l'augmentation très forte du recours aux urgences par les mineurs pour des motifs psychiatriques. Ces observations concordent avec les données nationales et internationales et confortent dans le projet de création d'une unité d'accueil pédopsychiatrique dédiée, dotée de moyens matériels et humains adaptés aux prises en charges spécifiques de ces mineurs et de leurs familles, en lien avec l'ensemble des acteurs de santé mentale concernés.

MOTS-CLES : Urgences, agitation, adolescents, pédopsychiatrie, crise