

Académie d'Orléans –Tours

Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2015

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

SABARD Aurélie épouse SANCHEZ

Née le 22 septembre 1986 à Chambray-Lès-Tours

Présentée et soutenue publiquement le 26 Octobre 2015

" Recours à la pédopsychiatrie de consultation-liaison au sein de l'hôpital Clocheville sur les dix dernières années".

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE

Membres du jury : Madame le Professeur Frédérique BONNET-BRILHAULT

Monsieur le Professeur François LABARTHE

Madame le Docteur Chrystèle BODIER

Monsieur le Docteur Ugo FERRER CATALA

Madame le Docteur Marine TARDIEU

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Professeur Henri MARRET

ASSESSEURS

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Catherine BARTHELEMY
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Philippe BOUGNOUX
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELOD – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – P. RAYNAUD – A. ROBIER – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – J. THOUVENOT – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
	BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
MM.	BARON Christophe	Immunologie
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
	BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne, gériatrie
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
	DUCLUZEAU Pierre-Henri	Médecine interne, nutrition
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
	EHRMANN Stephan	Réanimation d'urgence
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ;
médecine d'urgence		
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie

	GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
	GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
	HANKARD Régis	Pédiatrie
	HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, gériatrie
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	LEBRANCHU	
Yvon	Immunologie	MMUNOLOGIE
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-vénéréologie
	MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine interne, gériatrie
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
Mme	MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MM.	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
Mme	MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MM.	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	ODENT Thierry	Chirurgie infantile
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médical, médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
	WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M. LEBEAU Jean-Pierre
Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MM. MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean..... Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ANGOULVANT Théodora Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
M. BAKHOS David Physiologie
Mme BERNARD-BRUNET Anne Cardiologie
M. BERTRAND Philippe Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
Mme BLANCHARD Emmanuelle Biologie cellulaire
BLASCO Hélène Biochimie et biologie moléculaire
M. BOISSINOT Éric..... Physiologie
Mme CAILLE Agnès..... Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
M. DESOUBEAUX Guillaume Parasitologie et mycologie
Mmes DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane..... Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie . Anatomie et cytologie pathologiques
M. GATAULT Philippe Néphrologie
Mmes GAUDY-GRAFFIN Catherine Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie..... Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
MM. HOARAU Cyrille Immunologie
HOURIOUX Christophe..... Biologie cellulaire
Mmes LARTIGUE Marie-Frédérique Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
LE GUELLEC Chantal..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine..... Anatomie et cytologie pathologiques
MM. PIVER Eric Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent..... Physiologie
Mme SAINT-MARTIN Pauline Médecine légale et droit de la santé
MM. SAMIMI Mahtab..... Dermatologie-vénéréologie
TERNANT David Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes AGUILLON-HERNANDEZ Nadia Neurosciences
ESNARD Annick Biologie cellulaire
M. LEMOINE Maël Philosophie
Mme MONJAUZE Cécile..... Sciences du langage - orthophonie
M. PATIENT Romuald..... Biologie cellulaire
Mme RENOUX-JACQUET Cécile Médecine Générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M. IVANES Fabrice Cardiologie

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

M. 930	BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM
930		
MM.	CHARBONNEAU Michel	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	GRANDIN Nathalie	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM
1100		
MM.	KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
Mme	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
	MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
	RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
Mme 1069	RIO Pascale	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM
M. 1100	SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Alain Chantepie,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury et de m'avoir fait partager vos connaissances au cours de ces quatre années d'internat. Veuillez recevoir, Monsieur le Professeur, l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur François Labarthe

Je te remercie d'avoir accepté de participer à ce jury et d'avoir contribué à la réalisation des statistiques et à la relecture de ce travail. Merci de m'avoir fait bénéficier de ton précieux enseignement et de m'offrir l'opportunité de travailler au sein de ton équipe en tant que chef de clinique.

A Madame le Professeur Frédérique Bonnet-Brilhault,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le docteur Marine Tardieu,

Je te remercie de m'avoir proposé ce travail, d'avoir accordé de ton temps, de m'avoir soutenue tout au long de la réalisation de cette thèse et d'avoir guidé ma réflexion par tes conseils judicieux. Merci également pour tout ce que tu m'as appris pendant ces années d'externat et d'internat et pour ta bonne humeur immuable, j'ai beaucoup apprécié travailler à tes côtés.

A Madame le Docteur Chrystèle Bodier,

Vous avez gentiment accepté de participer au jury. Veuillez trouver l'expression de mes sincères remerciements et de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Ugo Ferrer Català,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail et d'avoir répondu à mes questions. Merci pour ta gentillesse, ta bonne humeur et ta disponibilité.

A Madame le docteur Mélanie Biotteau et au personnel du SIMEES,

Je vous remercie de m'avoir fourni les données préliminaires à ce travail. Merci pour votre réactivité et votre disponibilité.

Au docteur Bernard Caurier,

Merci pour votre accueil et vos précieux renseignements sur la Maison Des Adolescents.

Au docteur Stéphanie Willot,

Je te remercie pour ta gentillesse et pour toutes les précieuses connaissances que tu m'as transmises. Je suis ravie de pouvoir continuer à travailler à tes côtés.

A Anne,

Merci pour ton amitié sincère, pour ta disponibilité, et ton soutien. Je suis heureuse de partager avec toi nos grands et petits bonheurs, et de vous avoir tous simplement Lucas, Julien et toi dans nos vies.

A Claudia, Clotilde, Mathilde, Delphine,

Qu'aurait été mon internat de pédiatrie sans vous ? Merci pour tous ces bons moments passés ensemble... et pour les moments plus durs aussi qu'on a traversé. Vous avez été d'un réel soutien et d'une grande fraîcheur pendant ces quatre années, merci pour tout.

A Fabien,

Merci pour ton aide dans la réalisation de cette thèse et pour ta patience, aussi, pendant que je travaillais... Pendant ces dix années tu m'as porté, soutenu et tu as toujours cru en moi. Merci pour tous ces bons moments passés à tes côtés, pour ton amour infaillible et pour m'avoir offert le plus beau des cadeaux.

A Raphaël,

Tu es mon rayon de soleil et mon plus précieux trésor. Merci pour l'amour infini que tu m'apportes.

A mes parents,

Votre amour, votre éducation et votre soutien m'ont aidé à grandir et à me construire. Merci de m'avoir soutenu pendant ses longues années d'étude. Maman, merci pour ta relecture attentive. Papa, aujourd'hui tu n'assisteras pas à une thèse de chirurgie... mais je sais que tu seras fier quand même !

A Alexandre,

Je te remercie d'avoir toujours cru en moi et pour tous ces bons moments partagés. Je suis tout simplement très fière d'être ta grande sœur.

A ma famille, à ma belle-famille, et à mes amis,

Merci pour votre amour et votre soutien.

Aux médecins, chefs de cliniques et co-internes que j'ai rencontrés au cours de mon internat, merci pour tous ces bons moments passés ensemble.

Aux équipes paramédicales,

Merci pour votre gentillesse, votre disponibilité et votre accueil. (Un petit clin d'oeil à celles qui sont devenues des amies !)

Un message particulier à l'équipe (formidable !) de gastroentérologie adulte de Blois qui m'a accueilli et soutenu pendant 6 mois : « la pédiatre » vous remercie !

RESUME

Introduction : L'activité de pédopsychiatrie de consultation–liaison hospitalière est définie par l'ensemble des prestations cliniques, thérapeutiques, préventives, pédagogiques prodiguées dans les différentes unités de l'hôpital pédiatrique à la demande du pédiatre. Cette activité nous paraît en évolution, justifiant la réalisation d'un état des lieux de ces pratiques.

Population et méthodes : Notre étude a porté sur l'ensemble des interventions de consultation–liaison réalisées à l'hôpital pédiatrique du CHRU de Tours de janvier 2004 à décembre 2014. Elle avait pour but de décrire cette activité et son évolution, qualitativement et quantitativement, grâce à un recueil rétrospectif d'informations issues du département d'information médicale et des codages réalisés par les pédopsychiatres et les médecins ou chirurgiens ayant pris en charge l'enfant.

Résultats : Après une diminution jusqu'en 2011, le nombre de patients augmentait régulièrement (+ 20%/an) avec un maximum atteint en 2014 (420 patients). Le nombre de séjours par patient diminuait avec une prépondérance des séjours $\leq 24H$ alors que le nombre d'actes par séjour augmentait. Les patients étaient principalement originaires d'Indre-et-Loire (62%). Les principaux diagnostics retenus variaient selon les années et les plus fréquents en 2014 étaient les troubles de l'humeur et des émotions (n=110), les troubles de l'adaptation (n=74) et les intoxications et tentatives d'autolyse (n=54). L'augmentation de l'activité concernait tous les âges et tous les types de diagnostics mais était plus marquée sur l'année 2014, dans la tranche d'âge des 12-15 ans et pour les troubles de l'humeur (+57%/an sur les trois dernières années), les troubles de l'adaptation (+46,2%/an) et les troubles du comportement et des conduites (+45,8%/an).

Conclusion : Ces dernières années, le recours à la pédopsychiatrie de liaison était en augmentation notamment pour certains âges, diagnostics et types de séjour. Cette évolution de l'activité doit conduire à une réflexion sur l'organisation de la pédopsychiatrie de liaison, adaptée à l'évolution de la demande.

Mots clés : pédopsychiatrie, consultation-liaison, enfant, adolescent

"Use of child's consultation-liaison psychiatry at Clocheville's hospital in the past ten years"

ABSTRACT

Background: The activity of child consultation-liaison psychiatry within the hospital can be defined as: the clinical, therapeutic and preventive care given by the staff members of the children psychiatric department, and their studies on pedagogy, in the other departments of the children hospital at the request of the pediatrician. This activity seems evolving, justifying the realization of a reviewing of these practices.

Methods: Our study focused on the consultation-liaison interventions carried out in the Children Hospital of Tours from January 2004 to December 2014. It aimed at describing qualitatively and quantitatively this activity and its evolution, through a retrospective collection of informations from the medical information department and codings made by child psychiatrist and pediatrician.

Results: After a decrease until 2011, the number of patients increased steadily (+ 20% / year) with a peak in 2014 (420 patients). The number of stays per patient was decreasing with a preponderance of ≤ 24 H stays while the number of acts per stay was increasing. The patients were mainly from Indre-et-Loire (62%). The main diagnoses retained have fluctuated between years and the most common in 2014 were mood and emotions disorders (n = 110), adjustment disorders (n = 74) and intoxications and suicid attempt (n = 54). The increase in activity affected all ages and all types of diagnoses, but was more pronounced in 2014, for the 12-15 years and for mood disorders (57% + / year over the last three years), the adjustment disorders (+ 46.2% / year) and behavioral disorders and conducts (+ 45.8% / year).

Conclusion: In recent years, child liaison psychiatry has particularly increased particularly for some ages, diagnoses and types of stay. This increasing activity should lead to a reflection on the organization of the liaison child psychiatry, adapted to the evolution of demand.

Keywords : child psychiatry, consultation-liaison, child, adolescent

TABLE DES MATIERES

1.INTRODUCTION.....	15
2. POPULATION ET METHODES	17
2.1. Lieu.....	17
2.2 Population	17
2.3 Méthodes	17
2.4. Analyse statistique.....	18
3. RESULTATS	19
3.1. Description générale de l'activité de pédopsychiatrie de liaison au CHU Clocheville	19
3.2. Description de la population étudiée (sexe, âge et origine géographique)	21
3.3. Description de la durée des séjours	22
3.4. Caractérisation des diagnostics pédopsychiatriques.....	23
3.5. Analyse de la population des 12-15 ans.....	25
4. DISCUSSION	26
4.1. Activité générale de la pédopsychiatrie de liaison.....	26
4.2. Population concernée.....	27
4.2.1. Age.....	27
4.2.2 Sexe ratio.....	27
4.2.3 Origine géographique	28
4.3 Diagnostics psychiatriques	28
4.4. Limites de l'étude	30
4.5 Etat des lieux et perspectives	30
5. CONCLUSION	32
6. BIBLIOGRAPHIE	33
7. LISTE DES ABREVIATIONS	35

8. ANNEXES	36
<i>Annexe 1 : Classification des diagnostics pédopsychiatriques</i>	<i>36</i>
<i>Annexe 2 : Tableau récapitulatif du nombre de patients, du nombre de séjours et du nombre d'actes par année entre 2004 et 2014</i>	<i>37</i>
<i>Annexe 3 : Nombre de patients de sexe masculin et féminin en valeurs absolues et en pourcentages de 2004 à 2014.....</i>	<i>37</i>
<i>Annexe 4 : Ages des patients de 2004 à 2014 exprimés en médiane , 25^{ème} et 75^{ème} percentiles</i>	<i>37</i>
<i>Annexe 5 : Répartition des patients en valeurs absolues et en pourcentages selon 4 tranches d'âges : <3 ans, 3-12 ans, 12-15 ans et >15 ans entre 2004 et 2014.....</i>	<i>38</i>
<i>Annexe 6: Evolution en valeur absolue du nombre de patients selon leur origine géographique de 2004 à 2014.....</i>	<i>39</i>
<i>Annexe 7 : Répartition en valeurs absolues et en pourcentages de la durée de séjour par patient et par année de 2004 à 2014 selon 4 durées: courte (1 jour), moyenne (2 à 4 jours), longue (5 à 29 jours) et très longue (>30 jours).....</i>	<i>40</i>
<i>Annexe 8: Répartition des patients en valeurs absolues selon leur diagnostic psychiatrique entre 2004 et 2014.....</i>	<i>41</i>
<i>Annexe 9 : Répartition de l'origine géographique en pourcentage des 12-15 ans entre 2004 et 2014.....</i>	<i>42</i>
<i>Annexe 10 : Evolution en valeurs absolues des diagnostics psychiatriques entre 2008 et 2014 chez les 12-15 ans</i>	<i>43</i>
<i>Annexe 11: Répartition de la durée de séjour en pourcentage par patient et par année chez les 12-15 ans de 2004 à 2014 selon 4 durées : 1 jour, 2 à 4 jours, 5 à 30 jours, >30 jours</i>	<i>44</i>

1.INTRODUCTION

La pédiatrie générale en milieu hospitalier est une vaste spécialité, prenant en charge des enfants aux pathologies multiples et variées. Au cours du séjour, le pédiatre responsable de l'enfant peut être amené à demander un avis auprès de ses confrères spécialistes. Parmi ces spécialités, une évaluation pédopsychiatrique est fréquemment sollicitée pour des enfants présentant des symptômes psychosomatiques, une pathologie organique lourde, ou encore devant des situations de crise ou de problèmes médico-légaux. Une unité autonome de pédopsychiatrie sans lits d'hospitalisation a été créée en 1972 à Tours avec 2 types d'activités : d'une part les consultations externes et d'autre part une activité de pédopsychiatrie de consultation-liaison qui répond aux demandes des différents services de l'hôpital pédiatrique. Cette activité de pédopsychiatrie de consultation-liaison intra hospitalière est définie selon Lipowski par l'ensemble des prestations cliniques, thérapeutiques, préventives et pédagogiques prodiguées par l'équipe de pédopsychiatrie dans les différentes unités pédiatriques [1]. L'activité de «consultation» auprès de l'enfant ou de sa famille permet un avis de spécialiste sur l'enfant tandis que l'activité de «liaison» consiste en un travail de coordination et de liaison avec les différents intervenants prenant ou allant prendre en charge l'enfant ou l'adolescent. L'équipe de pédopsychiatrie de consultation-liaison permet de promouvoir une alliance entre le patient, son entourage et l'équipe soignante autour du projet de soins. La demande initiale émane du médecin pédiatre, chirurgien ou médecin généraliste en charge de l'enfant. L'équipe de pédopsychiatrie de consultation-liaison est composée de deux internes depuis 2013 (un interne antérieurement) encadrés par un chef de clinique et un praticien hospitalier de pédopsychiatrie. A la fin de la consultation, le pédopsychiatre transmet à l'équipe pédiatrique ses conclusions avec son évaluation diagnostic, ses conseils thérapeutiques, et donne un avis sur l'éventuelle nécessité d'un suivi ambulatoire [2].

Depuis quelques années, les hospitalisations pour motifs «pédopsychiatriques» au sein du service de pédiatrie générale semblent être de plus en plus fréquentes. Cette tendance a déjà été observée précédemment, l'étude réalisée par M.Wiss au CHU de Tours en 2000 montrait que l'activité de pédopsychiatrie de consultation-liaison s'était accrue de 33 % entre 1994 et 2000 avec une augmentation préférentielle des troubles de l'adaptation. [3]

Devant ces constatations nous avons voulu étudier l'évolution du recours à la pédopsychiatrie de consultation-liaison sur les dix dernières années de façon quantitative d'une part et qualitative d'autre part afin de confirmer ou d'infirmar nos impressions.

2. POPULATION ET METHODES

2.1. Lieu

Cette étude a été menée à l'hôpital pédiatrique du CHRU de Tours, l'hôpital Gatien de Clocheville, hôpital médico-chirurgical de 222 lits, situé dans le département d'Indre et Loire et assurant les soins spécialisés pour la région Centre. Tous les services de cet hôpital pouvant faire appel à l'équipe de pédopsychiatrie de liaison ont été considérés (urgences, services médicaux et chirurgicaux).

2.2 Population

Elle correspond à l'ensemble des enfants ou adolescents ayant bénéficié d'une intervention de pédopsychiatrie effectuée à la demande des pédiatres ou des chirurgiens entre janvier 2004 et décembre 2014.

2.3 Méthodes

Tous les actes ayant donné lieu à un codage ont été pris en compte afin d'être le plus exhaustif possible dans la description de l'activité. Les données ont été extraites avec l'aide du département d'information médicale du CHRU de Tours et correspondent aux données administratives et celles codées par les pédopsychiatres et les médecins (pédiatres ou chirurgiens) responsables de l'enfant pour chaque consultation entre janvier 2004 et décembre 2014. Les informations suivantes ont été recueillies pour chaque acte : âge, sexe, département de domiciliation, durée du séjour, diagnostic principal pédopsychiatrique posé.

Le nombre d'actes de consultation-liaison réalisés par année a ainsi pu être déterminé ainsi que le nombre de patients concernés, certains patients ayant fait l'objet de plusieurs interventions.

L'origine géographique des patients a été étudiée selon trois secteurs : département d'Indre et Loire, autres départements de la région Centre et autres régions.

Les diagnostics « pédopsychiatriques » ont été répartis en 10 catégories, adaptées de la CIM 10 (Annexe 1):

- Les troubles du développement : groupe de troubles hétérogènes et chroniques qui entraînent une perturbation du développement.
- Les troubles des conduites et du comportement : ensemble de conduites inadaptées aux normes sociales correspondant à l'âge du sujet.
- Les troubles de l'humeur et de l'émotion : perturbation des affects ou de l'humeur dans le sens d'une dépression ou élévation avec ou sans anxiété ou angoisse.
- Les troubles à expression somatique : manifestations à expression somatique dont l'origine et l'évolution sont liées à des facteurs psychologiques ou psychopathologiques.
- Les troubles de l'adaptation : réponse psychologique à une ou des situations stressantes causant des troubles émotionnels et psychologiques significatifs.
- Les troubles de la personnalité ou psychotiques : présence de traits de personnalité spécifiques, permanents, à l'origine de troubles du comportement et des émotions (trouble de la personnalité) ou perte de contact avec la réalité, idées irrationnelles et fausses perceptions (trouble psychotique).
- Les intoxications et tentatives de suicides : prise volontaire d'un toxique ou réalisation d'un acte auto-agressif dans une intention létale, auquel le sujet survit.
- Trouble mental : non organique, sans précision, codage principalement retrouvé de 2004 à 2007.
- Absence de troubles psychiatriques : représentant soit des demandes psychosociales inadaptées, soit des consultations de prévention du retentissement psychique de certaines maladies (maladies chroniques).
- Autres diagnostics : regroupant les codages ne correspondant à aucune des catégories citées précédemment.

2.4. Analyse statistique

Une étude descriptive rétrospective monocentrique a été réalisée à partir des données recueillies sur les dix dernières années. Les variables qualitatives étaient exprimées en valeurs absolues et en pourcentages tandis que les variables quantitatives continues étaient présentées par leurs paramètres de position centrale et de dispersion : moyenne $\pm$ écart type, médiane [25ème percentile-75ème percentile]. Les données quantitatives

ont été comparées par un test de Mann-Withney et les données qualitatives par un test du Chi2. Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à partir du logiciel informatique GraphPad Prism version 4 (GraphPad® Software, San Diego, CA, USA). Une valeur de $p < 0,05$ a été retenue comme statistiquement significative.

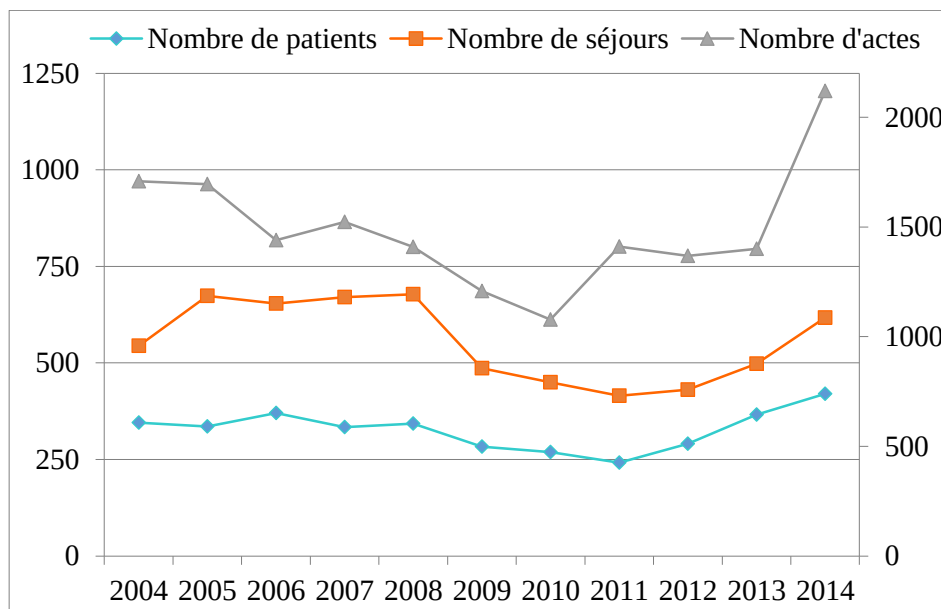
3. RESULTATS

3.1. Description générale de l'activité de pédopsychiatrie de liaison au CHU Clocheville

Sur les dix années 16358 actes ont été comptabilisés ainsi que 6117 séjours (Annexe 2). L'évolution du nombre de patients ayant bénéficié d'un recours à la pédopsychiatrie de liaison entre 2004 et 2014, montrait une stabilité entre 2004 et 2008 avec 345 ± 15 patients/an en moyenne, une diminution de 2009 à 2011 (-8%/an) puis une recrudescence jusqu'en 2013 (+23%/an) pour atteindre le nombre maximum de ces 10 dernières années en 2014 (420 patients) (Figure 1). Le nombre d'actes de pédopsychiatrie sur la même période évoluait principalement en 2 phases, assez superposable au nombre de patients/an : diminution importante et régulière de 2004 à 2010 (-42% au total), puis à partir de 2011, augmentation (+30%) sans revenir aux nombres des années 2004, 2005. En revanche l'année 2014, montrait le nombre d'actes le plus élevé de ces 10 dernières années, (+51% par rapport à 2013, et + 97% par rapport à 2010) (Figure 1).

Le nombre de séjours (hospitalisations ou consultations) suivait globalement la même évolution : stabilité entre 2004 et 2008 (644 ± 57 séjours par an en moyenne), diminution jusqu'en 2011 (415 séjours par an) puis augmentation jusqu'en 2014, mais sans dépasser le nombre de séjours des années précédentes, ni même le rattraper (617 séjours en 2014) (Figure 1).

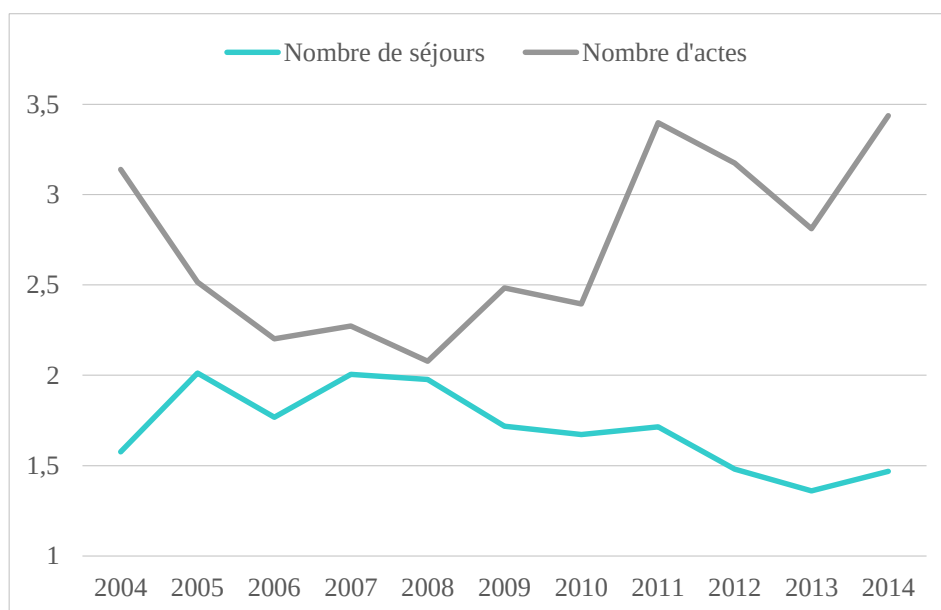
Figure 1: Evolution du nombre de patients, du nombre de séjours et du nombre d'actes par année en valeurs absolues de 2004 à 2014



*Lecture des courbes du nombre de patients et du nombre de séjours avec l'ordonnée gauche.
Lecture de la courbe du nombre d'actes avec l'ordonnée droite.*

Pour comprendre la moindre augmentation des séjours, nous avons étudié la répartition des séjours par patient et la répartition des actes par séjour. On retrouvait moins de séjours par patient (2 séjours en moyenne en 2005 contre 1,5 séjour en 2014, $p < 0.0001$) (Figure 2) et des actes plus fréquents lors de ces séjours : 3,4 actes en moyenne par séjour par année en 2014 contre 2,1 en 2008 (minimum) et 3,1 actes en 2004 ($p < 0.0001$) (Figure 2).

Figure 2: Evolution en valeurs absolues du nombre de séjours par patient et par année ainsi que du nombre d'actes par séjour et par année de 2004 à 2014

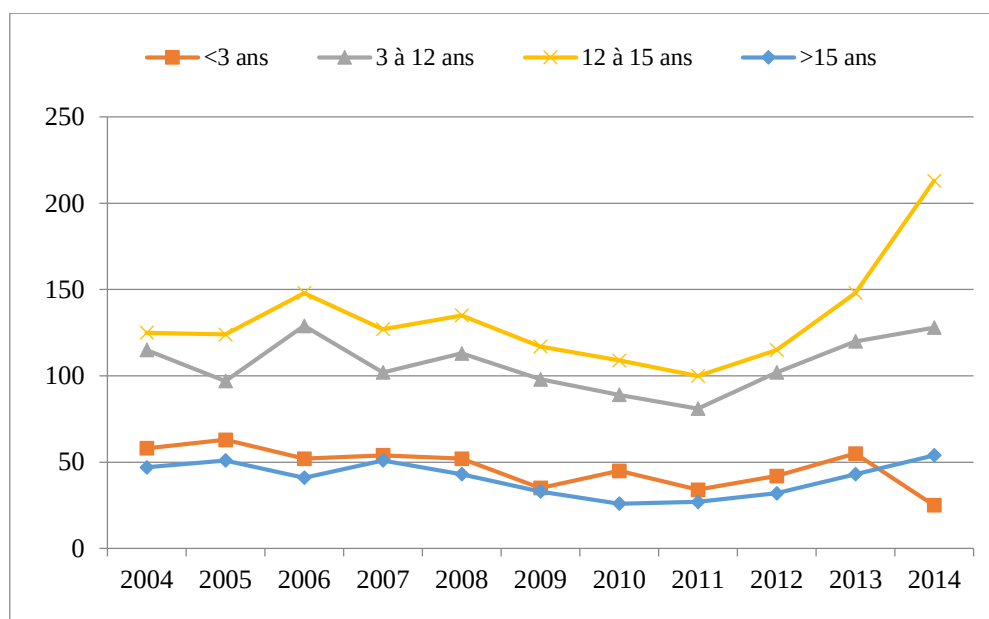


3.2. Description de la population étudiée (sexe, âge et origine géographique)

Sur les dix dernières années, les patients étaient majoritairement des filles (55% en moyenne) avec une répartition allant de 50 à 60% selon les années (Annexe 3). L'âge médian a augmenté sur les dix dernières années, essentiellement sur l'année 2014, passant de 12 ans [8-14] en 2004 à 13,2 ans [10-14,5] en 2014 ($p < 0.001$) (Annexe 4).

Les différentes tranches d'âge : première enfance (< 3 ans), seconde enfance (3 à 12 ans), préadolescence (12 à 15 ans) et adolescence (> 15 ans) ont été étudiées. On notait une modification de la répartition de l'âge en 2014 avec une franche augmentation des patients de 12 à 15 ans qui représentaient 36 à 41 % entre 2004 et 2013 contre 51% en 2014 (soit une augmentation de + 44% entre 2013 et 2014, $p < 0.0001$). Les patients de moins de trois ans avaient été moins nombreux en 2014 ($n=25/420$) par rapport aux années précédentes ($n= 55/366$ en 2013, $p < 0.0001$) (Figure 3 et annexe 5). Les deux autres tranches d'âge étaient représentées de façon stable avec un nombre de patients augmentant modérément les 3 dernières années.

Figure 3 : Nombre de patients par tranche d'âge par année de 2004 à 2014.



Les patients étaient principalement originaires du département avec un nombre annuel de patients fluctuant selon les années (226 ± 46 sur les dix dernières années, minimum : 157 en 2011, maximum : 318 en 2014) alors que le nombre de patients issus des autres départements de la région Centre (59 ± 8) ou des autres régions (35 ± 6) restait stable (Annexe 6).

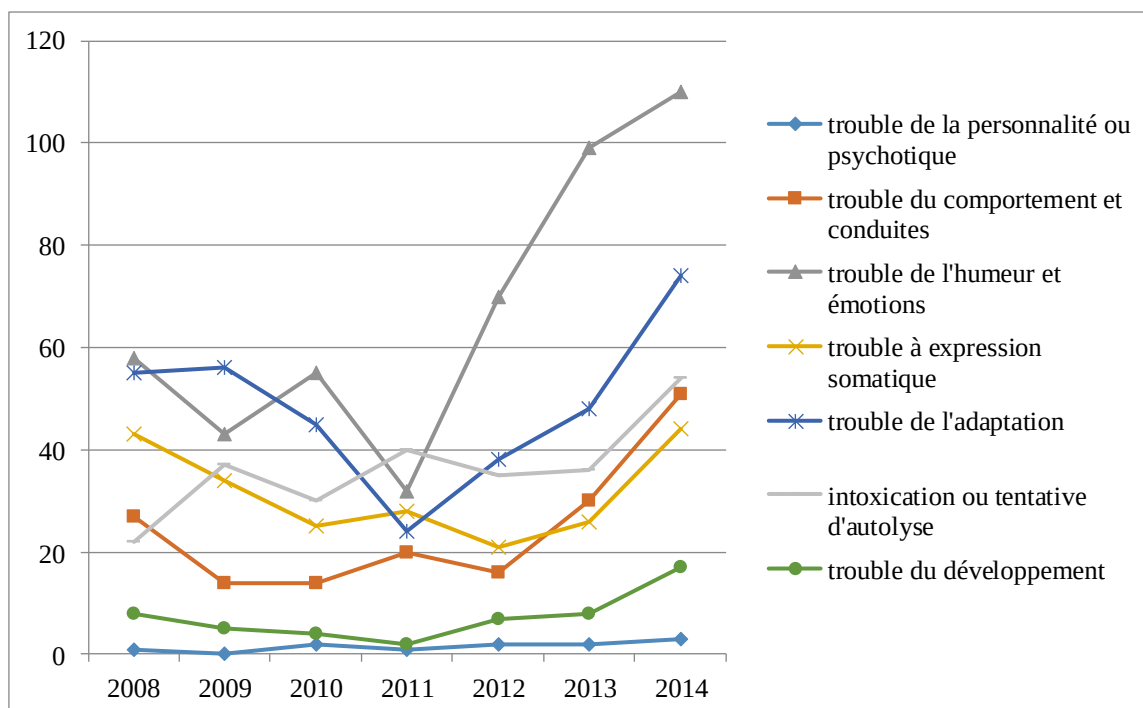
3.3. Description de la durée des séjours

Depuis 2004, la durée médiane de séjour diminuait progressivement passant de 4 jours en 2004 [2-12] à 2 jours en 2014 [1-6] ($p < 0.0001$). Les séjours de durée moyenne (2 à 4 jours) et les séjours de longue durée (5 à 30 jours) étaient les séjours prédominants entre 2004 et 2012. A l'inverse on observait une prédominance des séjours courts d'une durée inférieure à 24h (consultation ou hospitalisation de jour) en 2013 et 2014 (36% et 38% des séjours, respectivement). Les séjours de très longues durées (> 30 jours) étaient minoritaires et avaient tendance à diminuer (14% en 2004 VS 4% en 2014, soit -77% en moyenne sur les dix dernières années, $p < 0.0001$) (Annexe 7).

3.4. Caractérisation des diagnostics pédopsychiatriques

L'analyse des diagnostics pédopsychiatriques retenus n'avait pu être réalisée qu'à partir de 2008, les modalités de codage des années antérieures étant trop différentes (majorité des patients codés « trouble mental » sans distinction ou non codés). Les principaux diagnostics retenus variaient selon les années, les plus fréquemment posés en 2014 étaient les troubles de l'humeur (n=110), les troubles de l'adaptation (n=74) et les intoxications et tentatives d'autolyse (n=54). Trois catégories de diagnostic ont été considérées comme non analysable : « autres diagnostics », « absence de troubles pédopsychiatriques » et « trouble mental », car leur définition restait floue et leur utilisation variable selon les modalités du codage (Annexe 8). Pour les autres catégories, on notait une augmentation globale, plus marquée pour les troubles de l'humeur et des émotions (+57%/an sur les 3 dernières années), les troubles de l'adaptation (+46%/an) et les troubles des conduites et du comportement (+46%/an). Les troubles à expression somatique ainsi que les intoxications et tentatives de suicides augmentaient également mais de façon moins importante (respectivement +23%/an et +14%/an). Les troubles du développement, les troubles de la personnalité ou psychotiques ne représentaient que peu de patients et augmentaient peu (Figure 4 et annexe 8).

Figure 4 : Evolution en valeurs absolues des diagnostics pédopsychiatriques entre 2008 et 2014



Les catégories « autres diagnostics », « absence de trouble pédopsychiatrique » et « trouble mental » ne sont pas représentées sur ce graphique, ayant été considérées comme non analysable (définition floue, utilisation très variable).

Nous avons ensuite étudié les caractéristiques principales (âge, sexe, origine géographique, durée de séjour) des diagnostics pédopsychiatriques ayant connu une augmentation sur ces dix dernières années.

L'augmentation de l'âge dans les sous-classes diagnostics concernait majoritairement la tranche 12-15 ans, comme dans la population globale. On notait comme particularités : une augmentation de la tranche des 3-12 ans pour les troubles des conduites et du comportement, une augmentation des plus de 15 ans pour les intoxications et une augmentation de tous les âges en dehors des moins de 3 ans pour les troubles de l'adaptation. Le sexe ratio était sans particularité montrant une majorité de filles (55% en moyenne entre 2008 et 2014) dans presque toutes les classes diagnostics, cette prédominance était toutefois plus marquée dans les intoxications et tentatives d'autolyse (72% de filles en moyenne). Le seul diagnostic pour lequel le sexe féminin était minoritaire (35% en moyenne) était les troubles des conduites et du comportement. La provenance géographique montrait une prédominance du recrutement départemental pour tous les diagnostics (78% en moyenne entre 2008 et 2014) mais également un

recrutement régional pour les troubles de l'humeur et des émotions (19%) et les troubles à expression somatique (22,7%). Le recrutement augmentait dans toutes les zones géographiques pour les troubles de l'adaptation. L'évolution de la durée des séjours était semblable à celle de la population générale avec une augmentation des séjours $\leq$ à 24H, en dehors des troubles à expression somatique pour lesquels les hospitalisations étaient majoritaires (75,5% en moyenne entre 2008 et 2014) et en augmentation, et pour les troubles de l'adaptation pour lesquels tous les types de durées augmentaient. (+73,9%/an sur les 2 dernières années pour les consultations, +65,5% sur l'année 2014 pour les hospitalisations)

Afin de mieux comprendre la forte augmentation d'activité de l'année 2014, notre analyse s'est ensuite concentrée sur le sous-groupe ayant connu la plus forte augmentation, c'est-à-dire la tranche d'âge 12-15 ans

3.5. Analyse de la population des 12-15 ans

Sur les dix dernières années, les 12-15 ans ayant bénéficié de la pédopsychiatrie de liaison étaient majoritairement des filles (57% à 67% selon les années) avec toutefois une augmentation proportionnellement plus importante du nombre de garçons sur l'année 2014 (+51% de garçons, +39% de filles, NS). L'âge médian était de 13,9 ans [13-14,5] et avait peu évolué. La répartition géographique était stable avec un recrutement essentiellement départemental : 81% des patients en moyenne sur 10 ans, alors que les patients originaires de la région Centre et des autres régions ne concernaient respectivement que 12% et 7% (Annexe 9). Les diagnostics les plus fréquemment posés en 2014 dans cette tranche d'âge étaient les troubles de l'humeur (n=53/ 213 patients) suivi des intoxications et tentatives d'autolyse (n=38) et des troubles de l'adaptation (n=35). Les troubles à expression somatique avaient été diagnostiqués quasiment trois fois plus en 2014 que les années précédentes. (+188% entre 2013 et 2014) (Annexe 10). Les autres diagnostics augmentaient de façon semblable à celle de la population globale (+79,5%/an en moyenne sur les trois dernières années pour les troubles des comportements et des conduites, +52,9%/an pour les troubles de l'humeur et des émotions et +52,7%/an pour les troubles de l'adaptation). La durée médiane de séjour avait peu évolué sur les 10 ans avec une durée médiane de séjour à 3 jours [1-6]. Tous les types de séjours augmentaient, mais proportionnellement les séjours $\leq$ 24h

augmentaient de façon plus importante et étaient devenu le type de séjours le plus fréquent à partir de 2013 (Annexe 11).

4. DISCUSSION

4.1. Activité générale de la pédopsychiatrie de liaison.

Cette étude a mis en évidence une variation de l'activité de pédopsychiatrie de liaison ces dix dernières années, avec initialement une diminution de l'activité jusqu'en 2011 suivie d'une augmentation, plus marquée sur l'année 2014. Cette fluctuation peut s'expliquer par une restructuration et une valorisation de l'activité de pédopsychiatrie de liaison depuis 2011 au sein de notre CHU mais également par l'ouverture de lits supplémentaires au sein de la CPU ayant pu participer à la diminution transitoire d'activité, les plus de 15 ans et les 12-15 ans étant concernées par cette diminution. L'accroissement de l'activité de pédopsychiatrie de liaison peut aussi s'expliquer par une augmentation de la demande, déjà rapportée dans la littérature, dans d'autres hôpitaux de France comme à la Pitié Salpêtrière où le nombre de consultations aux urgences pédopsychiatriques a été multiplié par trois en vingt ans [4], ou au Canada [5] où une augmentation de 15% des consultations aux urgences pédopsychiatriques a été décrite entre 2002 et 2006 par Newton et al. Cette hausse pourrait être liée à l'évolution de la consommation de soins dans nos sociétés occidentales comme l'ont suggéré certains auteurs [6] et/ou à des dispositifs de soins extérieurs saturés ou insuffisants (cf. infra).

Les modalités d'hospitalisations ont également évolué avec une augmentation des séjours de courte durée (consultation ou hospitalisation de jour) avec plus d'actes réalisés par séjour. Une diminution du nombre de séjours par patient ainsi que de la durée médiane des séjours est également observée. Cela laisse suggérer une émergence de situations aiguës nécessitant une évaluation de courte durée et pose la question de la création d'un lieu de consultation dédié spécifiquement aux urgences pédopsychiatriques avec une accessibilité rapide [7].

4.2. Population concernée

4.2.1. Age

Nous avons observé une élévation de la médiane d'âge dans notre étude qui est passée de 12 ans en 2004 à 13,2 ans en 2014. Ces résultats se rapprochent de ceux de l'étude Rouennaise réalisée aux urgences pédiatriques où l'âge médian des enfants consultants pour un motif pédopsychiatrique était de 14,5 ans (âge moyen à 13,8 ans) [8] mais différent d'autres articles rapportant une diminution de l'âge de la population consultant en urgence en pédopsychiatrie [3, 4, 9, 10, 11]. Il faut cependant souligner que la plupart de ces études concernaient des consultations d'urgence au sein d'un service de pédopsychiatrie voire des enfants hospitalisés en pédopsychiatrie, ceci pouvant entraîner un biais de sélection, la population consultant aux urgences pédiatriques pour « motif psychiatrique » étant probablement différente de celle consultant dans des services plus spécialisés: Dans notre étude l'augmentation d'activité touchait principalement les 12-15 ans, ce qui a participé à augmenter l'âge médian de la population consultante. L'augmentation spécifique de cette tranche d'âge des 12-15 ans, concernait tous les diagnostics pédopsychiatriques, évoquant un mal être psychique global. La diminution de la tranche d'âge des moins de 3 ans a également contribué à l'augmentation de l'âge médian.

4.2.2 Sexe ratio

La population de notre étude était principalement féminine avec 50 à 60% de filles selon les années, avec cependant une prévalence plus importante du sexe masculin en ce qui concerne les troubles de l'adaptation. Ces résultats diffèrent de ceux retrouvés dans la littérature. En effet, à l'exception des études de Polidski et de Wiss [3,8] où le sexe féminin prédominait dans 2/3 des cas, la population consultant aux urgences pour des motifs pédopsychiatriques dans les autres études était principalement masculine [4, 9, 10, 11]. Cette prédominance masculine retrouvée dans les autres études pourrait être en partie expliquée par une moyenne d'âge plus faible. Dans l'étude de Blondon et al, alors que l'âge moyen était de 12,3 ans en 2002, le sexe ratio s'inversait avec l'âge avec une prédominance de filles après 13 ans [11]. Une autre étude Tunisienne retrouvait un sexe ratio à 2 mais l'âge moyen de la population en 2009 était de 8,8 ans et les diagnostics principaux étaient le retard mental et les troubles des apprentissages suivis des troubles

anxieux/dépressifs et des troubles du développement, or ces diagnostics étaient le plus souvent posés chez les garçons [9]. Il faut cependant souligner que les lieux de consultation étaient différents de notre étude (urgences pédopsychiatrique, service de pédopsychiatrie), pouvant entraîner un biais de sélection.

4.2.3 Origine géographique

Dans notre étude le recrutement était essentiellement départemental avec un faible recrutement régional probablement expliqué par la sectorisation des centres médico-psychologiques (CMP) qui a pour but de prendre en charge le malade au plus près de son environnement. Les délais de consultation trop longs (55% des secteurs ont un délai dépassant un mois pour un premier rendez-vous [12]) augmentent le risque de recours rapide aux urgences de proximité en cas de situations de « crise ». La présence de structures adaptées à la prise en charge des situations pédopsychiatriques au sein des hôpitaux d'Orléans et de Blois peut également participer au recrutement local.

4.3 Diagnostics psychiatriques

Les diagnostics dont la fréquence a le plus augmenté étaient les troubles de l'humeur et des émotions suivis des troubles de l'adaptation puis des troubles des conduites et du comportement. Le nombre de tentatives de suicide et de troubles à expression somatique a également augmenté sur ces dix dernières années mais de façon moins importante. Rappelons que le rapport de l'OMS de 2014 confirmait cette tendance, les troubles dépressifs étant la première cause de maladie et de handicap dans le monde chez les adolescents de 10 à 19 ans alors que la mortalité mondiale par suicide occupait la troisième place, après les accidents de la voie publique et le SIDA [13]. En France, l'étude HBSC de 2010 [14] réalisée chez des collégiens retrouvait d'ailleurs des plaintes hebdomadaires à type de « déprime » chez 20% des filles et 10,6% des garçons alors qu'une autre étude menée par l'INSERM en 2013 retrouvait 12,1% de jeunes présentant une dépression avérée (16,8% de filles contre 7% de garçons). Parmi ces jeunes, seulement 16,5% déclaraient être suivi par un psychologue ou un psychiatre. Cela peut supposer que la dépression n'est pas assez bien repérée ; que les adolescents ne sont pas guidés vers les bons réseaux de soins, que l'aide proposée est refusée par les adolescents, ou encore que les réseaux en aval ne sont pas assez disponibles [15]. Dans la littérature

aux Etats-Unis plusieurs études ont également retrouvé comme principal diagnostic les troubles de l'humeur avec en revanche une prévalence plus importante des troubles des conduites et du comportement qui apparaissent comme le second diagnostic le plus posé devant les troubles de l'adaptation [16,17]. Dans notre étude, les troubles du développement, les troubles de la personnalité et les troubles psychotiques ne représentent qu'un groupe infime de patients dont l'évolution est restée stable sur les dix dernières années. L'étude prospective réalisée en 2000 par M.Wiss [3] à Tours retrouvait une prévalence importante des troubles de l'adaptation (36,7%), des troubles de l'humeur (23,7%) et des troubles à expression somatique (18%) alors que les troubles du comportement et des conduites ne concernaient à l'époque qu'un faible groupe de patients. L'émergence de ces troubles du comportement est également retrouvée dans la littérature [4]. L'évolution de notre société est marquée par le changement de nos modèles familiaux avec des adultes parfois absents ou dépassés dans leur capacité à faire face aux adolescents ce qui pourrait partiellement expliquer l'augmentation de ces troubles des conduites et du comportement.

L'analyse par sous-classes de diagnostics psychiatriques a montré qu'à la différence des autres diagnostics, les troubles à expression somatique nécessitaient des hospitalisations de plus longue durée. En effet, de par le mode d'expression du symptôme, une hospitalisation est souvent nécessaire pour éliminer d'une part une origine organique pure et obtenir l'adhésion des parents au diagnostic psychosomatique. D'autre part, certaines pathologies comme l'anorexie mentale nécessitent parfois des séjours de longue durée au sein du service de pédiatrie, en raison de la prise en charge nutritionnelle réalisée par les pédiatres.

En ce qui concerne les troubles de l'adaptation, les patients dans notre étude venaient de toutes origines géographiques et le nombre de consultations et d'hospitalisations a nettement augmenté sur les années 2013 et 2014. La prise en charge de ces enfants dont les capacités adaptatives sont transitoirement dépassées devant des situations telles que la séparation, le deuil, la maladie ou devant des difficultés relationnelles intrafamiliales ou avec leurs pairs implique souvent une évaluation par l'assistante sociale, laissant suggérer une augmentation de l'activité « sociale » qu'il pourrait être intéressant d'évaluer.

4.4. Limites de l'étude

Cette étude réalisée sur dix années a comme principal avantage son large échantillon avec 16358 actes comptabilisés. Sa principale limite est d'être rétrospective avec un risque de perte d'informations inhérent à ce type de recueil. Le codage est effectué par de nombreux praticiens différents et pose le problème d'hétérogénéité et de pertinence des diagnostics. La prédominance du diagnostic « trouble mental » entre 2004 et 2007 questionne d'ailleurs sur l'excès de recours à des diagnostics « fourre-tout » pouvant, de fait, sous-estimer la fréquence de certaines pathologies.

4.5 Etat des lieux et perspectives

Le rôle du pédiatre reste important dans la prise en charge médicale de ces patients pour le dépistage et notamment pour les troubles à expression somatique ou pour les tentatives de suicide en abordant le versant organique. La coopération étroite entre le pédopsychiatre et le pédiatre prenant en charge l'enfant permet de promouvoir une alliance avec le patient et sa famille autour du projet de soins. Cette collaboration entre pédiatres et pédopsychiatres a été évaluée dans une étude en Norvège en 1992. [18] La note moyenne attribuée par les deux partis pour cette relation pédiatre-pédopsychiatre était de 5,5 sur une échelle visuelle de 10. Une des améliorations proposées dans cette étude était d'augmenter le nombre de formations sur la pédopsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour les pédiatres et vice-versa. Une autre étude, évaluant le recours aux consultations de pédopsychiatrie par les pédiatres du West Midland et leur perception de ces services, a montré que la majorité considérait avoir un accès difficile aux avis psychiatriques même s'ils reconnaissaient prendre en compte la charge de travail et le manque de ressource de leurs collègues pédopsychiatres [19]. Notre perception est différente, le recours à une consultation de pédopsychiatrie se faisant simplement et dans de brefs délais depuis quelques années. Ceci soulève même la question d'un recours trop facile à l'équipe de pédopsychiatrie de liaison pour gérer des situations de réactions psychologiques simples que le pédiatre devrait pouvoir désamorcer seul, avec de l'écoute. Dans notre pratique quotidienne, malgré parfois des différences de point de vue entre les deux spécialités, le dialogue favorise la prévention, le diagnostic, les soins précoces, le soutien aux familles et l'information des équipes médicales [2].

L'orientation des pré-adolescents, dont la demande de soins pédopsychiatriques est en augmentation, est parfois difficile avec l'absence de lieu d'accueil spécifique pour cette population, l'unité d'hospitalisation psychiatrique pour adolescent du CHU de Tours

ayant un nombre de lits limités à 12 avec un âge minimum requis de 13 ans. Les hospitalisations ont donc lieu dans le service de pédiatrie parfois inadapté en terme de moyens (chambres non sécurisées pour des enfants agités ou à risque suicidaire élevé) et de personnels (nombre insuffisant, manque de formation spécifique). La diminution de la durée de séjour, le besoin de consultations « en urgence » et l'augmentation des 12-15 ans soulève la question du rôle des structures ambulatoires, sans nécessité de rendez-vous, pour répondre aux nouveaux besoins de la population. A Tours, il existe deux structures tendant à pourvoir ces besoins, la Maison Des Adolescents (MDA) ouverte en janvier 2010 et le centre Oreste (centre de coordination départemental en psychologie clinique de l'adolescent et centre d'accueil thérapeutique à temps partiel pour adolescents) depuis 1998. La MDA propose aux jeunes de 11 à 21 ans, un accueil par un infirmier ou un éducateur, des groupes de paroles, des séances de sophrologie, des consultations pédiatriques, gynécologiques, pédopsychiatriques, juridiques ou encore des consultations addictions tout en travaillant en réseau avec l'ensemble des acteurs s'occupant des adolescents en Touraine. A Rouen, la création de ce type de ressource associée à la création d'une astreinte de pédopsychiatrie a permis la diminution des consultations d'urgence (-10%) et des hospitalisations (-8%) pour motif pédopsychiatrique [8]. Le centre Oreste accueille des enfants âgés de 14 à 21 ans, avec un rôle d'évaluation et de suivi par des pédopsychiatres, des psychologues ou encore des infirmières psychiatriques. Ces structures restent cependant insuffisamment médiatisées, souvent méconnues du grand public voire même des professionnels de santé. D'autres types de structures existent tel l'hôpital de jour réactif (HDJR) mis en place à Toulouse, par l'équipe de pédopsychiatrie de liaison, pour répondre aux situations de crises des adolescents [4]. Cet HDJR propose des consultations dans les 24h après une consultation aux urgences ou après la demande d'un médecin extérieur, ainsi qu'une prise en charge pouvant aller jusqu'à 6 mois, permettant de préparer le relai avec les structures de soins existantes.

5. CONCLUSION

Cette étude a mis en évidence une augmentation du recours à l'activité de pédopsychiatrie de liaison sur ces dix dernières années. Alors que le nombre de patients et d'actes a augmenté, le nombre de séjours par patient a diminué avec en revanche une augmentation du nombre d'actes par séjour. Les pratiques se sont modifiées, les séjours d'une durée $\leq 24h$ ne cessant d'augmenter (38% en 2014 contre 25% en 2004). Cette évolution a été plus marquée pour l'année 2014, dans la tranche des 12-15 ans et pour certains diagnostics comme les troubles de l'humeur, les troubles de l'adaptation et les troubles des conduites et du comportement qui ont connu depuis 2011 une augmentation importante de leur fréquence. La demande évoluant, il semble nécessaire d'adapter nos offres de soins. Face à des structures ambulatoires saturées et au nombre limité de lits d'hospitalisation de pédopsychiatrie, une réflexion sur l'adaptation de l'offre de soin doit être menée. L'ouverture de la MDA depuis 2010 et l'existence du centre Oreste depuis 1998 ne semblent pas pour l'instant contenir l'augmentation des demandes au sein du département. La création de centres de « crise » en particulier pour les moins de 15 ans semble nécessaire ainsi que l'ouverture de lieux de soins de plus longue durée en relai à ces structures d'urgence afin de leur permettre de fonctionner plus aisément.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Lipowski Z-J. Consultation-liaison psychiatry: the first half century. *Gen Hosp Psychiatry* 1986 sept ; 8(5):305-15
2. Lenoir P, Malvy J, Desombre H et al. La psychiatrie de liaison en pédiatrie : ressources et contraintes d'une collaboration interdisciplinaire. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2009 ; 57:75-84
3. Wiss M, Lenoir P, Malvy J, et al. La pédopsychiatrie de consultation–liaison intra hospitalière : étude prospective sur 215 interventions. *Arch Pediatr* 2004 ; 11:4-12
4. Chatagner A, Raynaud J-P. Adolescents et urgences pédopsychiatriques : revue de la littérature et réflexion clinique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2013 janv ; 61(1):8-16.
5. Newton AS, Ali S, Johnson DW et al. A 4-year review of pediatric mental health emergencies in Alberta. *CJEM* 2009 Sept ; 11(5):447-54.
6. Armengaud D. Le quiproquo des urgences pédiatriques. *Enfance et Psy.* 2002; 18:10-6
7. Speranza M, Ferrari P. Les urgences pédopsychiatriques : expérience de la création d'une unité d'accueil et d'urgence au sein du CHU Bicêtre. *Arch Pediatr* 1999 ; 6 Suppl 2: 471-4
8. Podlipski M-A, Peuch A-C, Belloncle V et al. Accueil en urgence des adolescents pour motif pédopsychiatrique. *Arch Pediatr* 2014 ; 21:7-12
9. Charfi F, Fakhfakh R, Hadhri I et al. Profil sociodémographique et clinique d'une population de consultants dans un service universitaire de pédopsychiatrie de la Tunisie. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2015 ; 63:116-123
10. Richard Y, Saint-André S, Porchel G et al. Hospitalisation en pédopsychiatrie: description et évolution d'une unité. *Arch Pediatr* 2010 ; 17:446-451
11. Blondon M, Perisse D, Unni S-K-E et al. 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 ; 55:23-30
12. DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). Les secteurs de psychiatrie infanto juvénile en 2000. Mai 2003 N°32

13. OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Health for the world's adolescents : a second chance in the second decade. 2014
14. Enquête HBSC 2010 : La santé des collégiens en France. Données française de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Etudes Santé, INPES 2012
15. Enquête INSERM 1178 : Jousselme C, Cosquer M, Hassler C. Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013. INSERM 2015
16. Edelsohn GA, Braitman LE, Rabinovich H et al. Predictors of urgency in a pediatric psychiatric emergency service. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003 oct ; 42 (10): 1197-202
17. Santiago LI, Tunik MG, Foltin GL et al. Children requiring psychiatric consultation in the pediatric emergency department : epidemiology, resource utilization and complications. Pediatr Emerg Care 2006 Feb ; 22(2):85-9
18. Vandvik IH. Collaboration between child psychiatry and paediatrics: the state of the relationship in Norway. Acta Paediatr. 1994 Aug ; 83(8):884-7
19. Slowik M, Noronha S. Need for child mental health consultation and paediatrician's perception of these services: a survey in the West Midlands. Child and adolescent mental health 2004 ; 9(3):121-124

7. LISTE DES ABREVIATIONS

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CMP : Centre-Médico-Psychologique

CPU : Clinique Psychiatrique Universitaire

HBSC: Health Behaviour in School-aged Children

HDJR : Hôpital De Jour Réactif

ET : Ecart Type

MDA : Maison Des Adolescents

NS : Non Significatif

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis

VS : Versus

8. ANNEXES

Annexe 1 : Classification des diagnostics pédopsychiatriques

A. Troubles du développement

Troubles envahissants du développement
Trouble du développement sans précision

Troubles des apprentissages
Retard mental

B. Troubles du comportement et des conduites

Trouble hyperactivité avec déficit de l'attention
Trouble des conduites-comportement perturbateur
Trouble mouvements stéréotypés
Refus scolaire
Trouble des habitudes et des impulsions
Trouble du comportement ou des conduites, sans précision

C. Troubles de l'humeur et des émotions

État dépressif majeur
Phobie spécifique
Angoisse de séparation de l'enfance
Trouble obsessionnel-compulsif
Etat de stress post-traumatique

Trouble hyperanxiété généralisée
Phobie sociale
Trouble anxieux, sans précision,
Etat de stress aigu

D. Troubles à expression somatique (hors anxiété)

Troubles du comportement alimentaire
Troubles somatoformes
Troubles dissociatifs
Syndrome de Münchhausen par procuration.

Troubles sphinctériens
Conversion
Simulation
Troubles du sommeil

E. Troubles de l'adaptation, troubles psychologiques secondaires

Avec humeur dépressive
Avec anxiété
Avec à la fois humeur dépressive et anxiété
Avec perturbation des conduites plus ou moins des émotions Sans précision

Ces Troubles de l'Adaptation sont pour la plupart liés à une ou plusieurs situations psychosociales: deuil, problème sentimental, difficultés relationnelles intrafamiliales, difficultés relationnelles avec les pairs, bouleversements du milieu familial, divorce, difficultés scolaires, abus sexuels, maltraitance physique et négligence, pathologie somatique lourde

F. Troubles de la personnalité et troubles psychotiques

G. Absence de trouble pédopsychiatrique

H. Intoxications volontaires et tentatives de suicide

Abus d'une substance : • à visée addictive ; • à visée suicidaire.

I. Trouble mental

J. Autres diagnostics

Annexe 2 : Tableau récapitulatif du nombre de patients, du nombre de séjours et du nombre d'actes par année entre 2004 et 2014

ANNEES	PATIENTS	SEJOURS	ACTES
2004	345	544	1708
2005	335	674	1695
2006	370	654	1440
2007	334	670	1523
2008	343	678	1409
2009	283	486	1207
2010	269	450	1078
2011	242	415	1410
2012	291	431	1368
2013	366	498	1400
2014	420	617	2120
TOTAL	3598	6117	16358

Annexe 3 : Nombre de patients de sexe masculin et féminin en valeurs absolues et en pourcentages de 2004 à 2014

Années	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Filles	203 (59%)	191 (57%)	199 (54%)	182 (54%)	180 (52%)	149 (53%)	135 (50%)	145 (60%)	168 (58%)	199 (54%)	227 (54%)
Garçons	142 (41%)	144 (43%)	171 (46%)	152 (46%)	163 (48%)	134 (47%)	134 (50%)	97 (40%)	123 (42%)	167 (46%)	193 (46%)

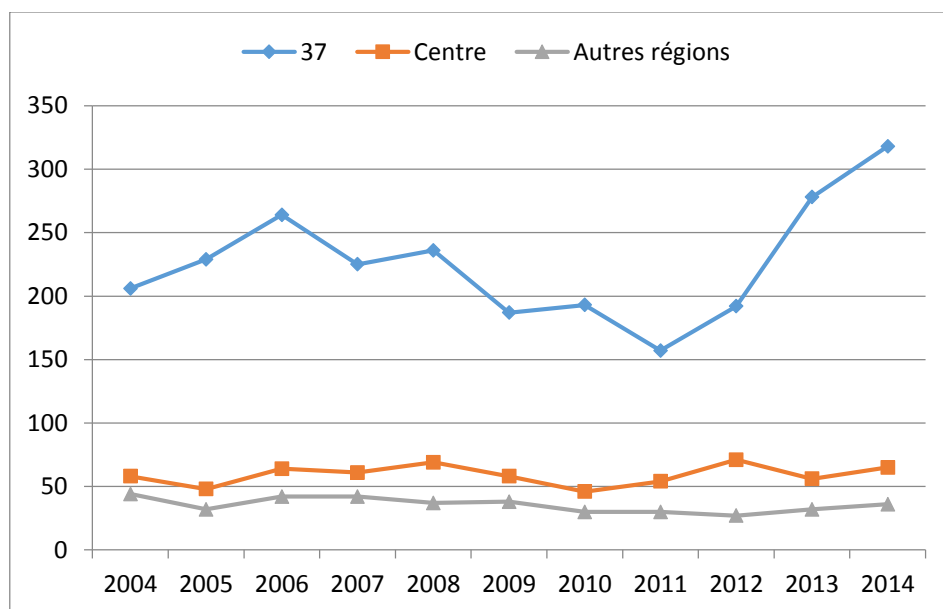
Annexe 4 : Ages des patients de 2004 à 2014 exprimés en médiane, 25^{ème} et 75^{ème} percentiles

Années	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Médiane	12,0	12,2	12,1	12,5	12,3	12,3	12,1	12,4	12,1	12,2	13,2
25ème percentile	8,0	5,9	6,9	6,5	7,4	8,2	6,9	8,6	7,3	7,7	10,2
75ème percentile	14,4	14,3	14,2	14,5	14,3	14,2	14,0	14,4	14,3	14,2	14,5

Annexe 5 : Répartition des patients en valeurs absolues et en pourcentages selon 4 tranches d'âges : <3 ans, 3-12 ans, 12-15 ans et >15 ans entre 2004 et 2014

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<3 ans	58 (17%)	63 (19%)	52 (14%)	54 (16%)	52 (15%)	35 (12%)	45 (17%)	34 (14%)	42 (14%)	55 (15%)	25 (6%)
3 à 12ans	115 (33%)	97 (29%)	129 (35%)	102 (31%)	113 (33%)	98 (35%)	89 (33%)	81 (33%)	102 (35%)	120 (33%)	128 (30%)
12 à 15ans	125 (36%)	124 (37%)	148 (40%)	127 (38%)	135 (39%)	117 (41%)	109 (41%)	100 (41%)	115 (40%)	148 (40%)	213 (51%)
>15ans	47 (14%)	51 (15%)	41 (11%)	51 (15%)	43 (13%)	33 (12%)	26 (10%)	27 (11%)	32 (11%)	43 (12%)	54 (13%)

Annexe 6: Evolution en valeur absolue du nombre de patients selon leur origine géographique de 2004 à 2014



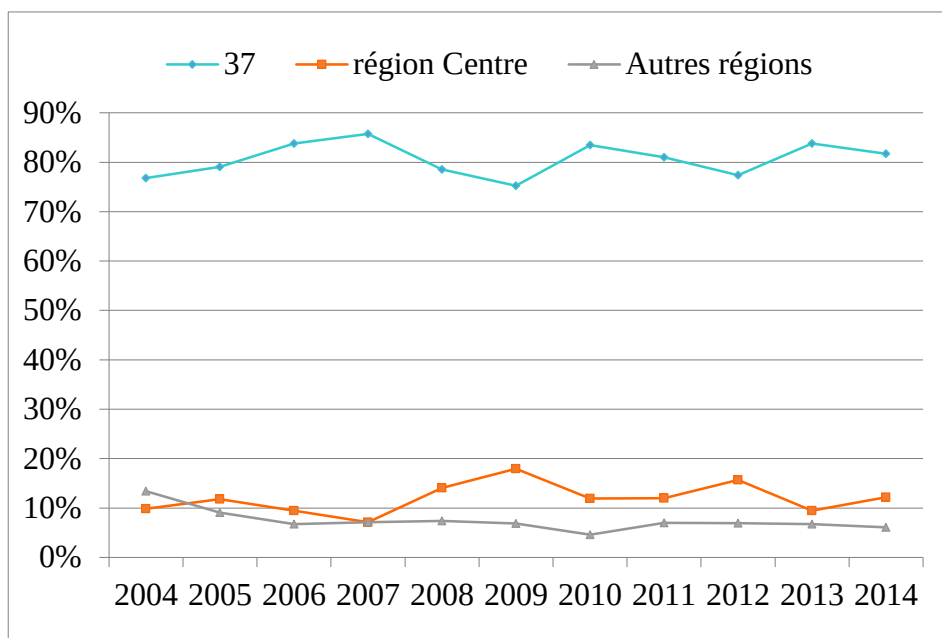
Annexe 7 : Répartition en valeurs absolues et en pourcentages de la durée de séjour par patient et par année de 2004 à 2014 selon 4 durées: courte (1 jour), moyenne (2 à 4 jours), longue (5 à 29 jours) et très longue (>30 jours).

Durée de séjour	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1 jour	86 (25%)	84 (25%)	118 (32%)	68 (20%)	86 (25%)	82 (29%)	67 (25%)	77 (32%)	79 (27%)	131 (36%)	160 (38%)
2 à 4 jours	99 (29%)	92 (27%)	117 (32%)	121 (36%)	131 (38%)	102 (36%)	92 (34%)	75 (31%)	87 (30%)	98 (27%)	124 (30%)
5 à 29 jours	112 (32%)	113 (34%)	98 (26%)	111 (33%)	108 (31%)	78 (28%)	92 (34%)	70 (29%)	102 (35%)	112 (31%)	120 (29%)
>30 jours	48 (14%)	46 (14%)	37 (10%)	34 (10%)	18 (5%)	21 (7%)	18 (7%)	20 (8%)	23 (8%)	25 (7%)	16 (4%)

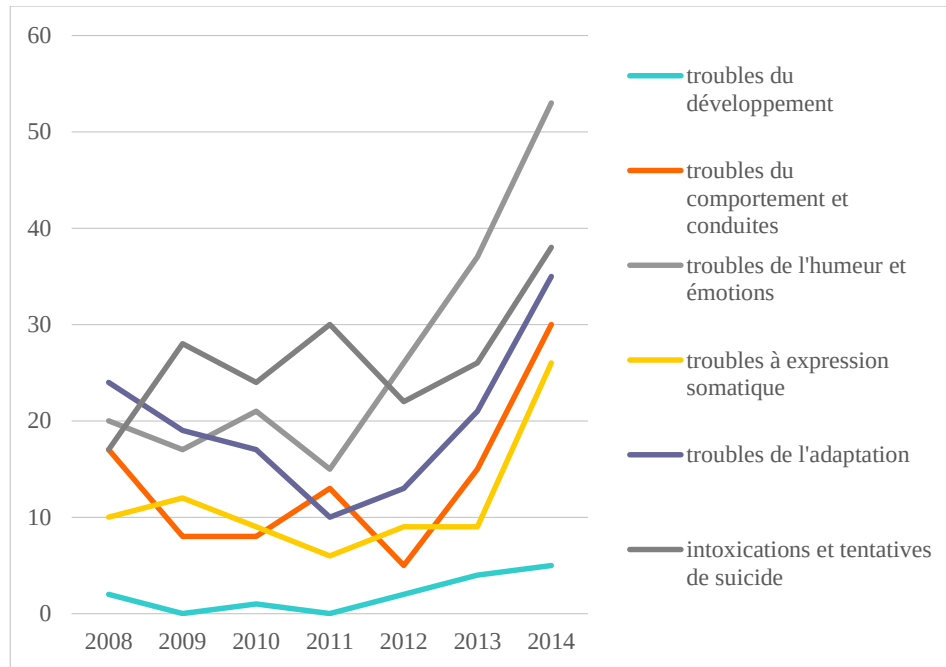
Annexe 8: Répartition des patients en valeurs absolues selon leur diagnostic psychiatrique entre 2004 et 2014.

	Troubles du développement	Troubles du comportement et conduites	Troubles de l'humeur et émotions	Troubles à expression somatique	Troubles de l'adaptation	Troubles de la personnalité et psychotiques	Absence de maladie psychiatrique	Intoxication et tentatives de suicide	Trouble mental	Autres diagnostics	Non codés	Total
2004	0	6	6	5	4	1	1	0	321	1	0	345
2005	2	8	8	3	6	0	0	2	306	0	0	335
2006	3	15	10	8	7	0	2	2	323	0	0	370
2007	2	19	42	19	25	1	0	3	0	8	215	334
2008	8	27	58	43	55	1	8	22	0	121	0	343
2009	5	14	43	34	56	0	10	37	0	84	0	283
2010	4	14	55	25	45	2	6	30	0	88	0	269
2011	2	20	32	28	24	1	12	40	0	83	0	242
2012	7	16	70	21	38	2	15	35	55	32	0	291
2013	8	30	99	26	48	2	7	36	41	69	0	366
2014	17	51	110	44	74	3	7	54	21	39	0	420
Total	58	220	533	256	382	13	68	261	1067	525	215	3598

Annexe 9 : Répartition de l'origine géographique en pourcentage des 12-15 ans entre 2004 et 2014

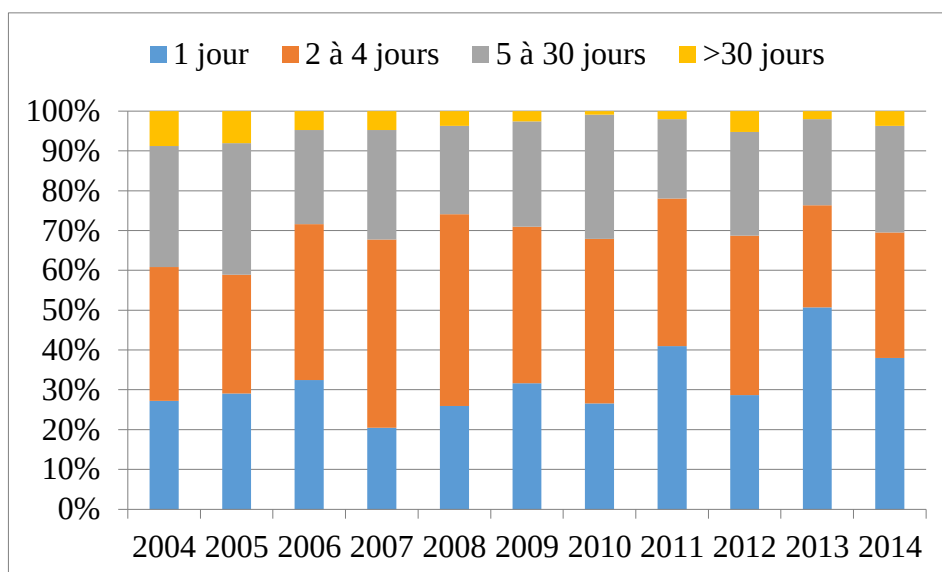


Annexe 10 : Evolution en valeurs absolues des diagnostics psychiatriques entre 2008 et 2014 chez les 12-15 ans



Les catégories « autres diagnostics », « absence de trouble pédopsychiatrique » et « trouble » ne sont pas représentées sur ce graphique ayant été considérées comme non analysable (définition floue, utilisation très variable).

Annexe 11: Répartition de la durée de séjour en pourcentage par patient et par année chez les 12-15 ans de 2004 à 2014 selon 4 durées : 1 jour, 2 à 4 jours, 5 à 30 jours, >30 jours



Faculté de Médecine de TOURS

SABARD Aurélie épouse SANCHEZ

44 pages – 4 figures – 11 annexes

Résumé :

Introduction : L'activité de pédopsychiatrie de consultation–liaison hospitalière est définie par l'ensemble des prestations cliniques, thérapeutiques, préventives, pédagogiques, prodiguées dans les différentes unités de l'hôpital pédiatrique à la demande du pédiatre. Cette activité nous paraît en évolution, justifiant la réalisation d'un état des lieux de ces pratiques.

Population et méthodes : Notre étude a porté sur l'ensemble des interventions de consultation–liaison réalisées à l'hôpital pédiatrique du CHRU de Tours de janvier 2004 à décembre 2014. Elle avait pour but de décrire cette activité et son évolution, qualitativement et quantitativement, grâce à un recueil rétrospectif d'informations issues du département d'information médicale et des codages réalisés par les pédopsychiatres et les médecins ou chirurgiens ayant pris en charge l'enfant.

Résultats : Après une diminution jusqu'en 2011, le nombre de patients augmentait régulièrement (+ 20%/an) avec un maximum atteint en 2014 (420 patients). Le nombre de séjours par patient diminuait avec une prépondérance des séjours ≤ 24 H alors que le nombre d'actes par séjour augmentait. Les patients étaient principalement originaires d'Indre-et-Loire (62%). Les principaux diagnostics retenus variaient selon les années et les plus fréquents en 2014 étaient les troubles de l'humeur et des émotions (n=110), les troubles de l'adaptation (n=74) et les intoxications et tentatives d'autolyse (n=54). L'augmentation de l'activité concernait tous les âges et tous types de diagnostics mais était plus marquée sur l'année 2014, dans la tranche d'âge des 12-15 ans et pour les troubles de l'humeur (+57%/an sur les trois dernières années), les troubles de l'adaptation (+46,2%/an) et les troubles du comportement et des conduites (+45,8%/an).

Conclusion : Ces dernières années, le recours à la pédopsychiatrie de liaison était en augmentation notamment pour certains âges, diagnostics et types de séjour. Cette évolution de l'activité doit conduire à une réflexion sur l'organisation de la pédopsychiatrie de liaison, adaptée à l'évolution de la demande.

Mots clés : pédopsychiatrie, consultation-liaison, enfant, adolescent

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE
Membres : Madame le Professeur Frédérique BONNET-BRILHAULT
Monsieur le Professeur François LABARTHE
Madame le Docteur Chrystèle BODIER
Monsieur le Docteur Ugo FERRER CATALA
Madame le Docteur Marine TARDIEU

Date de la soutenance : Lundi 26 Octobre 2015