

Liste des abréviations

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies 10^{ème} édition

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

FA : Famille d'accueil

IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

Plan

<u>Introduction</u>	10
<u>Matériels et méthode</u>	10
<u>Résultats</u>	10
<u>Discussion</u>	15
<u>Conclusion</u>	19
<u>Bibliographie</u>	20
<u>Liste des figures</u>	21
<u>Liste des tableaux</u>	22
<u>Table des matières</u>	23

Introduction

Les urgences pédopsychiatriques forment un flux quasi constant d'admissions dans notre CHU d'Angers. On pourrait penser que ces admissions sont représentées essentiellement par des situations d'une particulière gravité sur le plan psychiatrique. Mais comme M. Blondon [1] l'explique au vu de son expérience à la consultation des urgences du service psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de la Salpêtrière : les urgences pédopsychiatriques se composent aussi des « urgences psychologiques avec leur dimension sociale éventuelle ». La plupart des études épidémiologiques sur les urgences pédopsychiatriques portent sur une description simple des admissions [1,2]. Aucune étude n'a encore porté sur l'influence du moment de l'admission sur les caractéristiques psychosociodémographiques des consultants. En effet, on pourrait penser qu'il existe dans la vie du sujet des moments plus propices à l'éclosion de certains troubles (ex l'agitation vespérale du confus, l'anxiété de l'enfant à la veille de la rentrée scolaire). Les urgences pédopsychiatriques au CHU d'Angers sont composées de 3 parties non égales : les admissions aux urgences pédiatriques jusqu'à 16 ans, les admissions aux urgences adultes de 15-16 ans à 18 ans et les admissions en réanimation pour les intoxications médicamenteuses volontaires (IMV) de 16 à 18 ans. Cette étude se centre sur les admissions pédopsychiatriques aux urgences pédiatriques afin de garder une population inférieure à 16 ans. Son intérêt est d'évaluer le lien entre le motif et le moment de l'admission aux urgences.

Matériels et méthode

Cette étude rétrospective sur dossier a été faite à partir du livre de recueil des demandes de consultation pédopsychiatrique aux urgences pédiatriques du CHU d'Angers de 2012. Le logiciel d'enquête épidémiologique Sphinx iQ a été utilisé pour le recueil de données. Afin d'obtenir le moment de l'admission, le dossier informatisé du patient a été consulté.

Un questionnaire d'enquête (Annexe 1) a été établi regroupant des variables démographiques, des variables concernant l'admission (motif, moment de la journée, semaine dans l'année, mois), les antécédents psychiatriques, le devenir après la sortie des urgences. Le diagnostic sur dossier a aussi été recueilli, il a été codé au moyen de la CIM 10 par un seul examinateur pour l'ensemble des dossiers.

Du fait de cette technique d'investigation, le recueil est anonyme. Un même patient peut être venu plusieurs fois aux urgences en 2012, il sera noté dans le questionnaire le nombre de passage précédent le passage index. Au total, chaque patient est donc passé une fois avec un antécédent de 0 passage avant le passage index. Le recueil se fait sur chaque passage.

Résultats

Le recueil de données s'est fait au service de pédopsychiatrie du CHU d'Angers. Compte tenu des conditions de recueil (nécessité d'avoir accès aux dossiers papiers et informatiques), il n'a pas été possible de faire un recueil exhaustif mais ce recueil représente 259 admissions pour 196 enfants et adolescents (soit une exhaustivité de 96%).

Les admissions sont considérées comme indépendantes les unes des autres.

Démographie

L'échantillon comprend 259 passages aux urgences durant l'ensemble des 12 mois de 2012. Ces 259 passages représentent 196 enfants et adolescents. Leur âge est compris entre 1 et 17ans (situation exceptionnelle d'hébergement d'un adolescent au lit porte des urgences pédiatriques). Les 12 ans et plus représentent 78% des passages. Il y a 144 passages féminins contre 115 masculins (figure1).

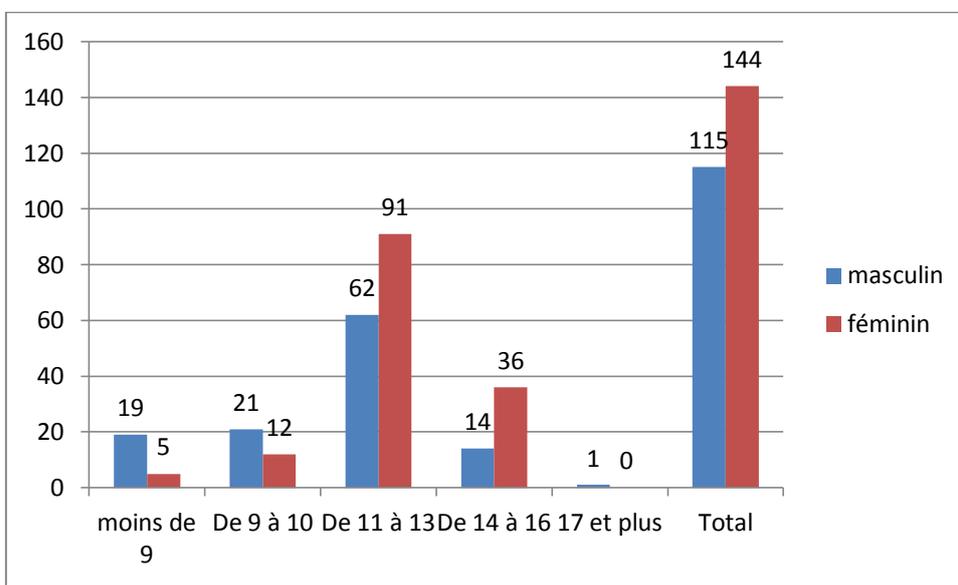


Figure 1 Répartition des admissions par classe d'âge

La répartition par catégorie d'âge montre une prépondérance des passages des plus de 12ans (78% des passages), suivi par ordre décroissant des 9-11ans (12,7%), des 6-8ans (6,6%) des moins de 3ans (1,5 % soit 4 passages) et des 3-5ans (1,2%, soit 3 passages). Un enfant peut être décompté à deux âges différents au cours de l'année civile en fonction de sa date d'anniversaire.

Sur les 259 admissions aux urgences pédiatriques, 201(77,6%) concernent un enfant ou un adolescent ayant déjà eu ou ayant un suivi psychiatrique.

Mesure de protection

Il est difficile d'évaluer l'existence ou non d'une mesure de protection (signalement judiciaire, information préoccupante, placement, mesure à prévoir) du fait d'une mauvaise traçabilité dans les dossiers. En effet, 120 admissions ne présentent pas d'information au sujet de la mesure de protection soit 46,3% des admissions. Sur les 139 passages où l'information est spécifiée, il y a 86 passages (61,9%) concernant des enfants placés, 29 sans mesure de protection, 17 informations préoccupantes en cours (attente de traitement par le conseil général), 2 signalements judiciaires, 5 mesures à prévoir (décision d'information préoccupante au vu de la situation évaluée aux urgences).

Du fait du manque d'exhaustivité dans la prise en compte de l'existence ou non d'une mesure de protection, il est impossible de conclure. Toutefois une partie des données recueillies est présentée en annexe 2. Il est à noter que les patients ayant un nombre de passage aux urgences supérieur à 3 sont exclusivement des patients confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance et placés.

Motif de venue

Tableau I Motifs d'admission

	Nombre de passages	Pourcentage des passages
Syndrome dépressif	30	11,60%
Syndrome délirant	2	0,80%
Tentative de suicide	46	17,80%
Agitation/Hétéroagressivité	71	27,40%
Mise en danger	41	15,80%
Prise de toxique (alcool, ...)	7	2,70%
Trouble à expression somatique	18	6,90%
Autre (trouble réactionnel, épuisement familial, ..)	44	17%
Total	259	100%

Sur les 259 admissions, 71 (27,4%) ont pour motif une agitation et/ou une hétéro-agressivité. L'agitation se définit comme « tout égarement mental responsable de troubles du comportement » [3]. L'hétéro-agressivité est une agressivité dirigée contre autrui. L'agitation n'est pas synonyme d'hétéro-agressivité, elle peut aussi se compliquer d'auto-agressivité. L'agitation et/ou l'hétéro-agressivité sont donc la première raison de passage aux urgences pédiatriques avec consultation psychiatrique ou pédopsychiatrique mais elle ne représente que 27,4% des admissions soit moins d'un tiers.

La place importante de la catégorie « autre » s'explique car les troubles réactionnels (état de choc après un accident ou dans un cas sur l'étude après la découverte du corps de son

père pendu), les états d'épuisement familial (jeune et famille en difficulté au domicile) sont difficilement classables dans les catégories précédentes.

Le faible nombre d'admission pour syndrome délirant peut s'expliquer de plusieurs manières. En effet, le syndrome délirant peut ne pas être au premier plan et se manifester d'abord par une agitation ou peut être la conséquence d'une prise de toxique.

Au niveau diagnostic, 257 admissions ont pu recevoir un diagnostic psychiatrique selon la CIM-10. Les deux seules admissions sans diagnostic psychiatrique représentent des situations psycho-sociales. 65 admissions (25%) sont cotées F432 soit Trouble de l'adaptation, 57 (22%) F919 soit Trouble des conduites sans précision, 17 (6,5%) F929 soit Trouble mixte des conduites et troubles émotionnels, sans précision et 23 troubles de l'humeur (F329, F319, F322) (8,8%). Ces données sont à comparer aux motifs : 30 syndromes dépressifs pour 23 diagnostics de trouble de l'humeur et 71 agitation/hétéro agressivité pour 74 troubles des conduites.

Moment de l'admission

Le moment de l'admission a été recherché au moyen de l'outil informatique en consultant le dossier informatisé de l'enfant pour regarder l'heure d'admission. De 8h30 à 12h, l'admission est comptabilisée pour le matin, de 12h01 à 18h30 pour l'après-midi, de 18h31 à 8h29 pour le soir/nuite (moment de la garde de nuit).

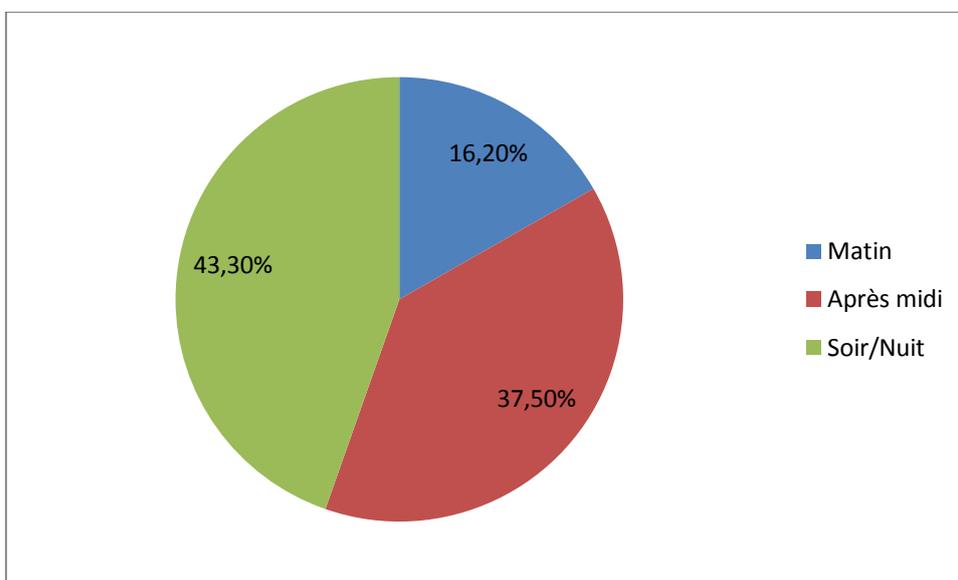


Figure 2 Répartition des admissions en fonction du moment de la journée

On remarque que plus de deux tiers des admissions vues par les psychiatres et pédopsychiatres arrivent aux urgences l'après midi ou sur la garde et ceci quel que soit le motif (Annexe 3). Ceci ne veut pas dire qu'elles sont vues à ce moment là. En effet, une prise de toxique impose un temps de surveillance et d'élimination du produit avant de pouvoir traiter le patient sur le plan psychiatrique.

Tableau II Répartition du moment de l'admission par classe d'âge

	Matin	Après midi	Soir/nuit	Total
Moins de 9 ans	9	8	7	24
De 9 à 10ans	5	10	18	33
De 11 à 13ans	19	62	70	151
De 14 à 16ans	9	16	25	50
17 ans et plus	0	1	0	1
Total	42	97	120	259

Une autre remarque sur la spécificité du moment de l'admission est la répartition des classes d'âge. En effet, les plus jeunes (moins de 9 ans) se répartissent équitablement dans la journée. Pour les autres classes d'âge, la tendance est plutôt à une arrivée aux urgences l'après midi ou le soir/nuit.

Répartition des admissions par mois

La répartition des passages sur l'année n'est pas constante. Il est intéressant de noter une grande variation en fonction des mois.

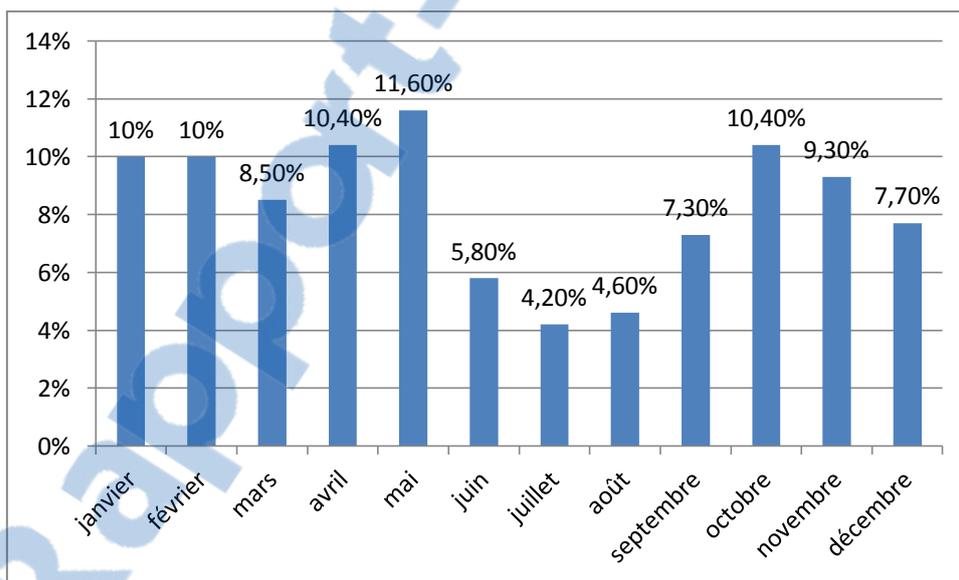


Figure 3 Répartition des admissions par mois

Ces résultats montrent une répartition inégale sur l'année avec une fréquentation des urgences fortement diminuée lors des mois de juin, juillet, août. Le premier trimestre 2012 représente 28,5% des admissions, le deuxième trimestre 27,8%, le troisième 16,1% et le dernier 27,4%. En 2012, pour la zone A (Angers), les vacances d'hiver ont eu lieu du 11 au 27 février, celles de printemps du 7 avril au 23 avril.

45 admissions ont lieu durant les vacances scolaires (17,4%). Le reste est réparti sur les jours fériés ou pont (3 admissions soit 1%), les weekend ordinaires (hors vacances scolaires : 14 admissions soit 5,4%), les semaines ordinaires (197 admissions soit 76,1%).

Orientation à la sortie des urgences

Sur 259 passages, 110 (42,5%) donnent lieu à hospitalisation en pédiatrie (tous services confondus), 37 (14,3%) en pédopsychiatrie, 111 passages se soldent par un retour au lieu de vie (42,9%).

Sur les 111 passages qui se soldent par un retour au lieu de vie, 51 sont orientés vers la pédopsychiatrie de secteur, 19 vers la pédopsychiatrie du CHU, 18 vers le secteur libéral, 7 vers la Maison des Adolescents, 13 vers d'autres structures (ITEP, IME, ...) et 3 n'ont pas d'orientation vers la psychiatrie.

Discussion

Cette étude n'est malheureusement pas exhaustive mais porte sur 96% des dossiers. Elle présente de possibles biais et limites :

- du fait de la rétrospectivité et de l'étude de dossiers, il y a des données manquantes (scolarité, fratrie, catégorie socioprofessionnelle des parents, mesure de protection)
- la construction du questionnaire fait que pour les antécédents psychiatriques familiaux, les antécédents de personnes n'appartenant pas au cercle familial proche ne sont pas comptabilisés (ils sont au même niveau que sans information).
- un jeune n'est pas identifiable du fait de l'anonymat. Il est donc compliqué de retrouver quel jeune est passé plusieurs fois et de comparer ses passages entre eux.
- comme toute étude, il est plus facile et plus simple de répondre au questionnaire au terme de quelques passages (biais d'apprentissage).

Les points positifs de l'étude sont

- l'unique examinateur : de ce fait, les motifs, les diagnostics et les moments d'admission sont qualifiés par la même personne et toujours remplis de la même façon.
- le quasi exhaustivité
- la nouveauté d'une étude portant sur le lien entre le motif et le moment de l'admission.

Le nombre de passages après 18h30 interroge aussi sur le rôle de la scolarité. En effet, les jeunes de ces classes d'âge (97,3% de jeunes de 6-16 ans soumis à l'obligation scolaire) sont normalement scolarisés. L'arrivée après 18h30 n'est pas compatible avec une arrivée aux urgences sur le temps scolaire. La scolarité est-elle un facteur protecteur de passage aux urgences ? Ces admissions sur le temps de garde de nuit questionnent. Presque la moitié des admissions se fait sur ce temps là. En dehors de la scolarité, un élément est à

prendre en compte : les Centres Médico-Psychologiques (CMP) ne sont plus ouverts à ces heures là, la plupart des consultations libérales sont terminées ou se terminent. Il n'y a peut être pas d'autre recours que les urgences pour voir un psychiatre ou un pédopsychiatre en dehors des heures habituelles de travail.

Concernant la répartition des passages selon les classes d'âge, les moins de 9 ans sont admis sur la journée de façon équilibrée. Peut-on émettre l'hypothèse que les professeurs des écoles font plus facilement appel aux parents en cas de crise dans la journée que les professeurs des collèges/lycée ? En effet, les écoles maternelles et primaires n'ont que rarement des infirmeries ce qui pourraient conduire les enseignants à recourir plus facilement à l'adressage vers les urgences au cours de la journée. Alors que les collèges et lycées sont équipés d'une infirmerie (la présence de l'infirmière scolaire n'est pas garantie tous les jours, une infirmière scolaire pouvant être déployée sur plusieurs établissements) ce qui permet de temporiser lors d'un moment de crise en mettant à l'écart l'élève en souffrance. L'équipe de Rouen [4] retrouve elle aussi une majorité des passages aux urgences dans l'après midi (51% de 12h à 20h) avec moindre proportion de consultation après 20h et quasi aucune après minuit. Notre étude ne permet pas d'être aussi précis sur les horaires de la nuit mais on constate qu'il y a de 12h à 18h30 97 passages soit 37,5% des passages. L'étude d'Alvin et al. [5] montre que, dans 6 établissements de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, concernant l'usage fait par les adolescents (13-19ans) des urgences sur 10 jours au mois de mars 1999, 43% d'entre eux consultent les services d'urgences entre 13h et 18h toutes urgences confondues (somatique, psychiatrique et chirurgicale).

La répartition des passages sur l'année montre un déséquilibre en lien avec les périodes scolaires. Les mois d'été juin/juillet/août/septembre (21 juin au 20 septembre) sont moins pourvoyeurs d'admission aux urgences. L'été comprend une période de 2 mois de vacances (juillet/août), la fin de l'année scolaire (juin) et le début de la nouvelle année scolaire (septembre). Comment analyser cela ? Les vacances enregistrent moins de passages aux urgences mais les deux périodes charnières de l'année scolaire (début et fin) auraient pu faire augmenter le nombre de passage de l'été. Le mois de juin (5,8% des passages de l'année) est-il un mois plus calme du fait justement de la perspective des vacances, de la fin des cours ? N'aurait-on pas pu s'attendre à un rebond d'admission avec le passage des examens durant ce mois particulier (brevet, bac) ? Qu'en est-il du mois de septembre ? Période de découverte par l'enfant et l'adolescent du déroulement prévisible de son année scolaire (emploi du temps, règles de vie de classe, ...). Cette période de découverte réciproque entre l'équipe enseignante et l'enfant ou l'adolescent suscite un rebond de la fréquentation des urgences (7,3% en septembre contre 4,6% en août soit une augmentation de 58% des passages) mais sans atteindre la fréquentation des périodes de janvier et février (10% pour ces deux mois). La plus grande interrogation en dehors des mois d'été est le mois de mars avec 8,5% des passages et une diminution de 25% des passages par rapport à février et janvier. En effet, le mois de mars ne comprend pas de vacances scolaires mais est compris entre deux périodes de vacances scolaires. Pour la zone A (Nantes, donc Angers) les vacances d'hiver ont eu lieu du 11 au 27 février 2012 et celles de printemps du 7 avril au 23 avril 2012. Comme pour le mois de septembre, le mois de mars arrive juste après des vacances donc dans une période de « retrouvailles » avec le

milieu scolaire. On pourrait penser qu'à chaque retour de vacances, il existe une période de « lune de miel » durant laquelle les demandes de soins psychiatriques aux urgences sont moins nombreuses. Est-ce à dire que la reprise de l'école est un facteur protecteur ou que la poursuite de l'école est un facteur péjorant vis-à-vis des pathologies psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent ?

Autour de la scolarité, on peut se rendre compte qu'il existe deux grandes catégories de patient : les patients pour qui l'école et tout ce qui l'entoure sont des facteurs protecteurs (problème au domicile, jeunes présentant des troubles pour lesquels la structuration de l'emploi du temps scolaire apporte un apaisement, ...) et les patients pour lesquels l'école est un facteur de stress (phobie sociale, refus scolaire anxieux, ...). En effet, les admissions se font sur la période scolaire mais en dehors des heures de cours.

L'étude de l'équipe de Rouen portant sur l'année 2006 [4] montre de la même manière une forte influence du scolaire sur les admissions aux urgences pédiatriques pour motif pédopsychiatrique avec un rebond de consultation en septembre (multiplication par un facteur 2,5 par rapport à août). Le pic de consultation aux urgences se fait aussi au mois de mai (12,7% à Rouen contre 11,6% à Angers).

Cette étude permet de poser la question du lieu de gestion de l'urgence psychiatrique. 111 passages se soldent après la consultation par l'équipe spécialisée. 71 passages concernent des agitations. Les urgences pédiatriques à l'inverse des urgences adultes du CHU d'Angers ne possèdent pas de chambre dédiée à ces situations. La gestion de l'agitation est pluridisciplinaire [6] du fait d'une possible intrication somato-psychiatrique. A Rouen [4], contrairement à Angers, le premier motif de consultation est la tentative de suicide avec 27,7% de passages contre 17,8% à Angers. Dans l'étude de M. Blondon [4], le premier motif de recours aux soins d'urgence est aussi la violence/agressivité/agitation avec 28,3% en 2002 soit 89 cas. La thèse de M. Popa retrouve 31 cas d'agitation avec hétéroagressivité en 2000, 39 en 2001 et 61 en 2002. Notre étude retrouve 71 cas d'agitation/hétéroagressivité. Il faut donc voir que la population à Angers n'a pas les mêmes caractéristiques comportementales que celle consultant à La Pitié Salpêtrière. Toutefois, on aperçoit en filigrane de ces études que les comportements violents augmentent (61 en 1992 dans l'étude de M. Blondon [4]). La question de l'agitation est donc essentielle dans la pratique quotidienne des lieux d'accueil des demandes urgentes de soins en pédopsychiatrie. L'article de Duverger et al. [6] montre bien l'importance de la réflexion à apporter face à ses situations tant sur les plans psychiatrique que somatiques. La pertinence de l'existence d'une chambre particulière dédiée à la gestion des états d'agitation (chambre d'apaisement, de soins intensifs, ...) est à évaluer au cas par cas en fonction de la configuration des locaux qui permettent ou non d'isoler la personne agitée des sollicitations extérieures qui pourraient majorer son état et surtout la protéger elle-même de ce qu'elle pourrait s'infliger ou infliger à autrui.

Mais la question des consultations simples à l'issue desquelles il n'y a pas d'hospitalisation interroge sur la place des urgences dans le réseau de soins. Cette question s'est posée à Rouen et il a été mis en place une plus grande offre de soins ambulatoires de premier

recours (MDA, ...). Jean Chambry [7], Blondon [1] montrent bien que les situations prises en charge aux urgences ne sont pas toujours des situations psychiques à début brutal (Bouffée délirante aiguë, ...) mais relèvent souvent de situations de crise dans un contexte ancien de trouble. L'articulation avec le réseau de soins d'aval (et d'amont) semble donc essentielle pour comprendre et gérer les situations déjà connues et déjà suivies qui viennent aux urgences dans un contexte de crise avec l'environnement immédiat (famille, foyer, école, ...).

Conclusion

Ce travail a permis de montrer qu'en 2012 les urgences pédiatriques du CHU d'Angers ont reçu parmi les patients présentant des troubles psychiques 27% d'agitation/hétéroagressivité. On constate aussi que la répartition sur le nycthémère des patients se fait plus en faveur de l'après midi, du soir et de la nuit. De plus, plus les patients sont âgés, plus ce phénomène se vérifie. On n'observe pas dans ce travail de lien particulier entre le moment d'admission aux urgences et la pathologie psychique présentée. Un autre apport de ce travail est la confirmation que les passages aux urgences pour souffrance psychique se font le plus souvent dans la semaine au cours de l'année scolaire. Cette constatation interroge sur le rôle de l'école révélateur ou catalyseur des troubles psychiques. Ce travail nécessiterait d'être approfondi par une étude prospective explorant plus avant les différentes modalités de recours aux urgences (consultation simple de premier recours au soin, demande d'hospitalisation lors d'une crise dans un contexte de soins déjà présents, ...). De plus, si la plupart des patients sont des jeunes adolescents, il semble néanmoins intéressant de se préoccuper des plus jeunes.

Bibliographie

1 BLONDON M. et al. L'accueil d'urgence en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : évolution sur 20 ans dans un site hospitalo-universitaire, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 55 (2007) 23–30

2 CHATAGNER A., RAYNAUD J.-P. Adolescents et urgences pédopsychiatriques : revue de la littérature et réflexion clinique *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 61 (2013) 8–16

3 POPA C. M. Crise d'agitation avec hétéro-agressivité : A partie d'une expérience aux Urgences Pédiatriques du CHU d'Angers (2000-2002). Thèse de doctorat en médecine, qualification en psychiatrie. Angers : Université d'Angers, 176p.

4 PODLIPSKI M.-A et al. Accueil en urgence des adolescents pour motif pédopsychiatrique, *Archives de Pédiatrie* 2014;21:7-12

5ALVIN et al. Les adolescents aux urgences hospitalières. À propos d'une enquête menée à l'AP-HP *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 50 (2002) 571–576

6 DUVERGER P., PICHEROT G., CHAMPION G. et DRENO L., Turbulences aux urgences pédiatriques. Agitation de l'enfant et de l'adolescent, Session : Symptômes pièges en pédiatrie : pièges aux urgences, du somatique au psychologique / *Archives de pédiatrie* 13 (2006) 811–824

7 CHAMBRY J. Le temps du psychiatre, le temps du pédiatre : Synergie ? Complémentarité ? Opposition ? Urgences et pédopsychiatrie *Archives de Pédiatrie* 2010;17:682-683

Liste des figures

Figure 1 Répartition des admissions par classe d'âge (p.11)

Figure 2 Répartition des admissions en fonction du moment de la journée (p.13)

Figure 3 Répartition des admissions par mois (p.14)

Liste des tableaux

Tableau I Motifs d'admission (p.12)

Tableau II Répartition du moment de l'admission par classe d'âge (p.14)

Table des matières

Plan	9
Introduction.....	10
Matériels et méthode	10
Résultats.....	10
Démographie	11
Mesure de protection.....	12
Motif de venue	12
Moment de l'admission.....	13
Répartition des admissions par mois	14
Orientation à la sortie des urgences	15
Discussion	15
Conclusion	19
Bibliographie.....	20
Liste des figures	21
Liste des tableaux.....	22
Table des matières.....	23
Annexe 1	24
Annexe 2	27
Annexe 3	29

Annexe 1

Questionnaire Etude sur les admissions pédopsychiatriques aux urgences pédiatriques du CHU d'Angers en 2012

Identité du sujet

1. Sexe

Masculin ; Féminin

2. âge

La réponse doit être comprise entre 0 et 18.

3. Filiation

adoption ; naturelle

4. En cours de scolarité

oui ; non ; sans information

5. Si non question précédente, déscolarisé

Si non question précédente, déscolarisé depuis

< 1 mois ; 2 mois ; > 2 mois

La question n'est pertinente que si En cours de scolarité parmi "non".

6. Retard scolaire

oui ; non ; échec scolaire (retard > ou = 3ans) ; sans information

7. Fratrie

Fratrie

oui ; non ; sans information

8. Nombre de frère (fratrie naturelle)

La réponse doit être comprise entre 0 et 10. La question n'est pertinente que si fratrie parmi "oui".

9. Nombre de soeur

Nombre de sœur (fratrie naturelle)

La réponse doit être comprise entre 0 et 10. La question n'est pertinente que si fratrie parmi "oui".

10. Position dans la fratrie naturelle

La réponse doit être comprise entre 1 et 15. La question n'est pertinente que si fratrie parmi "oui".

11. Mesure de protection

Aucune ; Information préoccupante en cours ; Signalement judiciaire en cours ; Placement en cours ; Mesure à prévoir ; Sans information

12. Situation familiale

Domicile parental ; Domicile d'un des deux parents ; Famille recomposée ; Famille d'accueil ; Placement familial (social) ; Internat scolaire ; Autre ; Sans information

13. Catégorie socio-professionnelle du père

Catégorie socio-professionnelle du père

Agriculteur ; Commerçant, artisan, chef Entreprise ; Cadre.Prof.Intellectuelle.Sup. ; Profession intermédiaire ; Employé ; Ouvrier ; Chomeur ; Elève, Etudiant ; Inactif ; Autre

14. Catégorie socio-professionnelle de la mère

Catégorie socio-professionnelle de la mère

Agriculteur ; Commerçant, artisan, chef Entreprise ; Cadre.Prof.Intellectuelle.Sup. ; Profession intermédiaire ; Employé ; Ouvrier ; Chomeur ; Elève, Etudiant ; Inactif ; Autre

Antécédents de passage aux urgences

Antécédents de passage aux urgences pédiatriques pour motif psychiatriques

15. Nombres de consultations aux urgences

Nombres de consultations aux urgences pédiatriques en 2012 pour motif psychiatrique avant cette admission

La réponse doit être comprise entre 0 et 10.

16. Admission aux urgences pédiatriques 2011

Admission aux urgences pédiatriques pour motif psychiatrique en 2011

oui ; non

17. Admission aux urgences pédiatriques 2010

Admission aux urgences pédiatriques pour motif psychiatrique en 2010

oui ; non

18. Existence d'un suivi psychiatrique personnel

Existence d'un suivi psychiatrique personnel

oui ; non

19. si oui

Actuel ; Antérieur ; hospitalisation

Cochez entre 1 et 2 cases. La question n'est pertinente que si Existence d'un suivi psychiatrique perso parmi "oui".

20. Antécédents psychiatriques familiaux

père ; mère ; fratrie ; aucun ; sans information ou cercle familial éloigné

Cochez au minimum 1 cases.

L'admission

21. date

"jj/mm/aaaa". La réponse doit être comprise entre 01/01/2012 00:00:00 et 31/12/2012 00:00:00.

22. Motif de venue

Syndrome dépressif ; Syndrome délirant ; Tentative de suicide ; Agitation/ hétéro agressivité ; Mise en danger ; Prise de toxique (alcool, ...) ; Trouble à expression somatique ; Autre (trouble réactionnel, épuisement familial, ...)

23. Type de jour d'admission

Jour férié ou pont ; Week-end ordinaire ; Vacances scolaires ; Semaine ordinaire

24. Moment de l'admission

matin ; après midi ; soir/nuît

Diagnostic

25. diagnostic psychiatrique retenu à la sortie

diagnostic psychiatrique retenu à la sortie

Orientation à la sortie des urgences

26. Hospitalisation en pédiatrie

oui ; non

27. hospitalisation en pédopsychiatrie

oui ; non

28. retour à domicile

oui ; non

29. orientation psychiatrique

Orientation psychiatrique

Pédopsychiatrie de secteur ; Pédopsychiatrie CHU ; Libéral ; Maison des Adolescents ; Autre ; Aucune

La question n'est pertinente que si retour à domicile parmi "oui".

Annexe 2

Répartition des motifs d'admission en fonction de la mesure de protection

	Aucune	Information préoccupante en cours	Signalement judiciaire en cours	Placement en cours	Mesure à prévoir	Sans information	Total
Syndrome dépressif	23,30%	6,70%	0%	16,70%	6,70%	46,70%	100%
Syndrome délirant	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%
Tentative de suicide	15,20%	6,50%	0%	17,40%	0%	60,90%	100%
Agitation/hétéroagressivité	8,50%	8,50%	0%	49,30%	1,40%	32,40%	100%
Mise en danger	0%	0%	2,40%	68,30%	2,40%	26,80%	100%
Prise de toxique (alcool, ...)	14,30%	0%	14,30%	14,30%	0%	57,10%	100%
Trouble à expression somatique	11,10%	0%	0%	11,10%	0%	77,80%	100%
Autre (trouble réactionnel, épuisement familial, ...)	13,60%	13,60%	0%	15,90%	2,30%	54,5	100%
Total des admissions	11,20%	6,60%	0,80%	33,20%	1,90%	46,30%	

Corrélation entre la mesure de protection et le nombre d'admission avant l'admission index

	0 admission	1 admission	2 admissions et plus	Total
Aucune	28	1	0	29
Information préoccupante en cours	14	3	0	17
Signalement judiciaire en cours	2	0	0	2
Placement en cours	42	21	23	86
Mesure à prévoir	5	0	0	5
Sans information	105	13	2	120
Total	196	38	25	259

Annexe 3

Croisement entre la question du moment de l'admission et du motif d'admission

	Matin	Après midi	Soir/nuit	Total
Syndrome dépressif	13,30%	43,30%	43,30%	100%
Syndrome délirant	0%	50%	50%	100%
Tentative de suicide	15,20%	37,70%	47,80%	100%
Agitation/hétéroagressivité	16,90%	32,40%	50,70%	100%
Mise en danger	7,30%	34,1	58,50%	100%
Prise de toxique (alcool, ...)	0%	57,10%	42,90%	100%
Trouble à expression somatique	27,80%	50%	22,20%	100%
Autre (trouble réactionnel, épuisement familial, ...)	25%	36,40%	38,60%	100%
Total des admissions	16,20%	37,50%	46,30%	

PERMIS D'IMPRIMER

THÈSE DE Madame BODIN Anne-Lise

Vu, le Directeur de thèse



Pt DUVERGER Ph.
CHU - ANGERS
UNITE DE PSYCHOPATHOLOGIE
DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT
Tél. 02 41 35 32 43

Vu, le Président du jury de thèse



Professeur J.B. GARRE
SERVICE DE PSYCHIATRIE
ET DE PSYCHOLOGIE MEDICALE
CHU - 49033 ANGERS CEDEX 9
Tél. 02 41 35 32 43 - 02 41 35 32 44

**Vu, le Doyen de la
Faculté de Médecine
d'ANGERS**



Professeur I. RICHARD

Vu et permis d'imprimer

