



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année 2019

MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTUDES  
SPÉCIALISÉES DE PSYCHIATRIE

Profil psychopathologique des enfants et adolescents reçus en pédopsychiatrie  
dans le Nord et le Pas-de-Calais en 2019

Présenté et soutenu le 14 octobre 2019

À Amiens

**Par Inès Vallez**

---

Sous la direction de

**Monsieur le Dr François MEDJKANE**

---

# Sommaire

Introduction.....	4
I. Matériels et méthodes.....	6
I. 1. Contexte de l'étude et hypothèses de départ.....	6
I. 2. Objectifs.....	7
I. 2. a. Objectif principal.....	7
I. 2. b. Objectifs secondaires.....	7
I. 3. Type d'étude.....	7
I. 4. Population cible.....	7
I. 5. Recueil des données.....	8
I. 5. a. Choix des secteurs, unités fonctionnelles et professionnels répondants.....	8
I. 5. b. Modalités du recueil.....	8
I. 6. Justification des variables retenues.....	9
I. 7. Traitement des données et analyse statistique.....	10
II. Résultats.....	11
II. 1. Participation à l'étude.....	11
II. 1. a. Taux de participation.....	11
II. 1. b. Professionnels répondants.....	11
II. 2. Résultats de l'objectif principal : caractéristiques psychopathologiques des enfants et adolescents reçus en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans le Nord et le Pas-de-Calais.....	12
II. 2. a. Symptomatologie actuelle.....	12
II. 2. b. Autres caractéristiques cliniques.....	13
II. 3. Résultats du premier objectif secondaire : caractéristiques sociodémographiques des enfants et adolescents reçus dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du Nord et du Pas-de-Calais.....	13
II. 2. a. Age des patients inclus.....	13
II. 2. b. Genre des patients inclus.....	14
II. 2. c. Mode de garde des patients inclus.....	15
II. 2. d. Scolarisation des patients inclus.....	15
II. 2. e. Mesure de protection actuelle.....	15
II. 3. Résultats du second objectif secondaire : modalités de prise en charge des enfants et adolescents reçus dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du Nord et du Pas-de-Calais.....	15
II. 3. a. Mode d'entrée dans les soins.....	15
II. 3. b. Modalités actuelles de suivi.....	16
II. 3. c. Traitement psychotrope.....	16
II. 3. d. Recours à l'hospitalisation.....	16
II. 4. Résultats des objectifs secondaires 3. à 6. : caractéristiques psychopathologiques des enfants et adolescents reçus dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du Nord et du Pas-de-Calais en fonction de l'âge, du genre, du mode de garde et du profil d'attachement.....	16
II. 4. a. Caractéristiques psychopathologiques en fonction de l'âge.....	16
II. 4. b. Caractéristiques psychopathologiques en fonction du genre.....	18
II. 4. c. Caractéristiques psychopathologiques en fonction du mode de garde.....	19
II. 4. d. Caractéristiques psychopathologiques en fonction du profil d'attachement.....	19
III. 1. Limites de l'étude.....	20
III. 2. Discussion des résultats de l'objectif principal : caractéristiques psychopathologiques des enfants et adolescents reçus en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans le Nord et le Pas-de-Calais.....	22
III. 3. Discussion des résultats des objectifs secondaires.....	25
III. 3. a. Premier objectif secondaire : caractéristiques sociodémographiques des enfants et adolescents reçus dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du Nord et du Pas-de-Calais.....	25

III. 3. b. Second objectif secondaire : modalités de prise en charge des enfants et adolescents reçus dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du Nord et du Pas-de-Calais.....	28
III. 3. c. Troisième objectif secondaire : caractéristiques psychopathologiques en fonction de l'âge.....	29
III. 3. c. Quatrième objectif secondaire : caractéristiques psychopathologiques en fonction du genre.....	30
III. 3. c. Cinquième objectif secondaire : caractéristiques psychopathologiques en fonction du mode de garde.....	31
III. 3. c. Sixième objectif secondaire : caractéristiques psychopathologiques en fonction du profil d'attachement.....	32
Conclusion.....	32

## Liste des abréviations

AACAP : American Academy of Child and Infant Psychiatry  
API : association des psychiatres de secteur infantojuvénile  
ASEBA : the Attachment System of Empirically Based Assessment  
CAMSP : centre d'action médicosociale précoce  
CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel  
CBCL : Child Behaviour Check List  
CMP : centre médico-psychologique  
CMPP : centre médico-psycho-pédagogique  
ESAT : établissement ou service d'aide par le travail  
F2RSM : fédération régionale de recherche en santé mentale  
FAM : foyer d'accueil médicalisé  
FNEPE : fédération nationale des écoles, des parents et des éducateurs  
HDJ : hôpital de jour  
HTC : hospitalisation à temps complet  
IC : intervalle de confiance  
IME : institut médico-éducatif  
ITEP : institut thérapeutique éducatif et pédagogique  
MAS : maison d'accueil spécialisée  
MCO : médecine chirurgie obstétrique (hôpital général)  
MDPH : maison départementale des personnes handicapées  
NA (non available) : absence de réponse  
NSP : ne sait pas  
OMS : organisation mondiale de la santé  
PEA : psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent  
RIM-P : recueil d'information médicalisée en psychiatrie  
SEGPA : sections d'enseignement général et professionnel adapté  
SESSAD : service d'éducation spécialisée et de soins à domicile  
SFPEADA : société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées  
SD : déviations standard (*standard deviations*)  
TS : tentative de suicide

# Introduction

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans le secteur public a pour mission d'accueillir les enfants et adolescents âgés de 0 à 17 ans en difficulté dans leur développement et leur entourage, la demande de soins émanant des jeunes eux-mêmes ou plus fréquemment des adultes acteurs de leur éducation ou de leurs soins. Elle s'organise en secteurs, c'est à dire que la continuité des soins entre l'hôpital et l'ambulatoire – les soins dans la cité – sont assurés par une même équipe pluridisciplinaire (1).

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est traversée par une pluralité de courants (2), de la psychopathologie aux neurosciences et à la génétique et de l'approche dimensionnelle à l'approche catégorielle. Elle est avant tout développementale, c'est à dire qu'elle étudie « l'enfant en sa qualité d'être psychique en développement, [et précise] les mécanismes sous-jacents qui commandent ce développement et en accompagnent les diverses trajectoires ». (3) Elle répond au modèle biopsychosocial, décrit par G. Devereux en 1952 à la suite du modèle organodynamique de Henri Ey. Ce modèle postule un triple déterminisme biologique, psychique et social du fait psychiatrique tout en rejetant l'idée d'une causalité linéaire de l'une à l'autre de ces dimensions. Finalement, c'est l'idée même du dualisme corps/esprit qui est rejetée. Les travaux récents de l'épigénétique contribuent à enrichir la compréhension des interactions complexes entre le biologique et l'environnemental. (4)

Au titre de son soutien au modèle biopsychosocial, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent se trouve au carrefour, à la fois des progrès technologiques qui permettent d'affiner la compréhension des mécanismes biologiques qui sous-tendent les troubles, et de la dimension d'interaction entre le jeune sujet et son environnement. On entend, en outre, les apprentissages scolaires, le bain culturel et sociétal, les enjeux familiaux et de transmission intergénérationnelle. Cette seconde dimension rend la clinique sensible aux variations de l'environnement de vie de l'enfant.

C'est cette place toute singulière qui implique la nécessité actuelle et permanente pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de se mettre en question. D'abord devant l'ampleur des mutations sociétales qui dessinent la clinique et sur lesquelles elle est appelée à s'interroger. Les nouvelles formes de parentalité, qui modifient le rapport de l'enfant au monde des relations, les questionnements autour du genre et de la transidentité ou encore la place du numérique dans nos vies et ses implications sur la construction psychique de l'individu en sont des avatars. De ces évolutions naît la discussion toujours renouvelée des limites de notre intervention et donc de notre champ disciplinaire. Celles-ci sont à redéfinir sans cesse, en évitant le double écueil, d'une part de l'enfermement dogmatique dans un rejet systématique de toute demande sociétale émanante, d'autre part d'une surintervention qui tendrait, par l'activité diagnostique, à inscrire dans le champ de la pathologie des comportements à la marge et à inscrire l'intervention en psychiatrie dans une politique de gestion des risques humains décorrélée du soin. (5)

Dans la définition de son champ d'action, la pédopsychiatrie publique fait face également à la nécessité de trouver sa place entre le champ du trouble qui la concerne et le champ du handicap, alloué au médicosocial dans une politique inclusive (concernant

l'habitat, la scolarité). La partition de ces deux champs répond à des nécessités opératoires mais chacun constitue une facette d'une même clinique et, à ce titre, ils gagnent à demeurer articulés dans une interdisciplinarité vivante.

Dans le même souci d'interdisciplinarité et de constituer un maillage de professionnels travaillant en réseau se situe la question du partenariat entre institutions psychiatriques et organismes de protection de l'enfance. La pluralité d'organisation de ces institutions, la « culture » et les objectifs professionnels divergents, quoique intrinsèquement liés, ainsi que la crise des moyens auxquels ils font également face, sont autant d'obstacles à écarter pour permettre cette co-construction des soins et de la protection sociale pour les enfants et adolescents – nombreux - qui relèvent des deux instances. C'est autour de cette dimension spécifique – la caractérisation épidémiologique de la population suivie en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et en protection de l'enfance à des fins ultérieures d'analyse des pratiques voire d'orientation des dispositifs de soins – qu'a travaillé pour son mémoire notre collègue interne Mr Naudet, à partir d'une méthodologie d'investigation construite en commun.

Enfin, la psychiatrie infanto-juvénile fait face à une crise des vocations et des moyens et une inégalité de répartition de ceux-ci sur le territoire, à l'origine d'un certain degré de difficulté de fonctionnement des systèmes de soins (2) et le maintien de soins psychiatriques de qualité et pris en charge par la sécurité sociale est l'un des défis contemporains. La demande excédant l'offre de soins allonge les délais d'attente dans les CMP à plusieurs mois, parfois plusieurs années, là où depuis le désaliénisme de Bonnafé la psychiatrie publique avait fait de la disponibilité et de l'accueil de proximité son crédo (6). Dans le Nord et le Pas-de-Calais en particulier, le nombre de patients reçus en un an a augmenté de 16 % en seulement 6 ans.

Face à ces défis actuels et à venir et dans l'optique personnelle de travailler dans un secteur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, nous avons choisi de conduire, avec Mme le Docteur Desobry, pédopsychiatre à Hénin-Beaumont et présidente de l'API et Mr Naudet, interne, une étude épidémiologique adossée à la F2RSM et au CHRU de Lille avec le soutien de l'API, descriptive de l'état de santé de la population reçue dans les structures ambulatoires et hôpitaux de jour de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. En effet, la qualification systématique du public reçu, de leurs conditions de vie et des pathologies rencontrées est pratiquée de manière inégale sur le territoire et pourtant précieuse à des fins de recherche, de réflexion clinique et institutionnelle autour de l'aménagement des dispositifs de soins. Nous nous intéresserons en particulier aux caractéristiques psychopathologiques de l'ensemble de la population clinique étudiée et en fonction de l'âge, du genre, du mode de garde parentale et du profil d'attachement des jeunes patients. Loin de prétendre traiter la question « à quelle demande répondre et comment ? », le présent mémoire entend dresser un état des lieux photographique de la population pédopsychiatrique dans le Nord et le Pas-de-Calais en 2019. Il s'agit d'un travail exploratoire visant à alimenter une réflexion autour du soin pédopsychiatrique, en premier lieu auprès des professionnels médicaux et non-médicaux des secteurs étudiés, sans la participation active et enthousiaste desquels notre travail n'aurait pu être mené à son terme.

# I. Matériels et méthodes

## I. 1. Contexte de l'étude et hypothèses de départ

Notre étude visait à qualifier sur le plan épidémiologique la population suivie en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans le secteur public dans le Nord et le Pas-de-Calais. Celle-ci s'organise dans le Nord en 13 secteurs et dans le Pas-de-Calais en 8 secteurs, ce qui représente, d'après les données du RIM-P pour l'année 2017, 44308 enfants et adolescents reçus dans le Nord et le Pas-de-Calais. En 2011 (première année pour laquelle nous disposons de données du RIM-P), ce sont 38084 patients qui étaient reçus dans les deux départements, soit une augmentation de la file active de 16 % en 6 ans. (7) Or, à l'échelle de la France, la psychiatrie publique représente la très large majorité (88%) des prises en charge en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (8), le reste des prises en charges s'effectuant dans les établissements privés participant au service public hospitalier (11%) ou dans les structures privées (1%). Cette prépondérance des prises en charge au sein de la pédopsychiatrie publique justifie de nous être limités aux structures publiques pour notre recueil épidémiologique.

La démographie de notre région est hétérogène, des bassins industriels et post-industriels fortement urbanisés aux zones rurales. La population suivie en pédopsychiatrie est également hétérogène en ce qui concerne ses caractéristiques et ses besoins de soins. Cette population est peu étudiée sur le plan épidémiologique, aussi avons-nous fait le choix de solliciter l'intégralité des 21 secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour une étude multicentrique dont l'objectif était de recueillir des données d'épidémiologie générale permettant de décrire la population reçue et d'en tirer des pistes de réflexion clinique.

On notait également l'absence de données épidémiologiques régionales concernant la proportion d'enfants bénéficiant d'une mesure auprès de l'ASE dans les files actives de pédopsychiatrie et les soins qu'ils reçoivent. On faisait l'hypothèse d'une sur-représentation de cette sous-population d'enfants suivis en protection de l'enfance dans les files actives ainsi que de caractéristiques épidémiologiques et de besoins de soins spécifiques à cette population, du fait de situations cliniques souvent complexes, marquées par des ruptures du parcours de soins et nécessitant une articulation soutenue avec les professionnels de l'aide sociale à l'enfance et de la sphère judiciaire. Ces questionnements étaient particulièrement actifs au cours des réunions de l'API (Association des Psychiatres de secteur Infantojuvénile), dont émergeait l'idée de mener un travail de recherche pour éclairer la question. C'est sur cette initiative, conjointe au souhait d'étudier la population clinique dans son ensemble, que s'appuie le présent travail, aussi le soutien des psychiatres membres de l'API a-t-il été précieux aux différentes étapes de la conception de notre étude.

## I. 2. Objectifs

### I. 2. a. Objectif principal

L'objectif principal de l'étude est de caractériser sur le plan psychopathologique la population d'enfants et adolescents reçus dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du Nord et du Pas-de-Calais.

### I. 2. b. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de notre étude sont :

1. définir les caractéristiques sociodémographiques des enfants et adolescents reçus dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du Nord et du Pas-de-Calais ;
2. établir le profil psychopathologique des enfants et adolescents reçus dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du Nord et du Pas-de-Calais en fonction de l'âge ;
3. établir leur profil psychopathologique en fonction du genre ;
4. établir leur profil psychopathologique en fonction du mode de garde ;
5. établir leur profil psychopathologique en fonction du profil d'attachement.

## I. 3. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, transversale, observationnelle, multicentrique réalisée en population pédopsychiatrique faisant l'objet d'une analyse descriptive.

## I. 4. Population cible

La population cible était constituée par l'ensemble des enfants et adolescents de 0 à 17 ans (18 ans moins un jour) reçus pour une prise en charge programmée (c'est à dire hors contexte d'urgence) dans les hôpitaux de jour et les structures ambulatoires de pédopsychiatrie : CMP, CATTP, équipes mobiles (notamment en périnatalité), centres de thérapie familiale, des 14 secteurs participants. Les enfants dont la prise en charge était programmée le jour du recueil mais qui ne l'honoraient pas étaient exclus.

Souhaitant étudier l'ensemble de la population suivie en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, nous n'excluons aucune tranche d'âge de 0 à 17 ans. Les tranches d'âge choisies étaient celles usuellement individualisées dans la littérature, correspondant à différentes phases développementales et, globalement, aux étapes de la scolarité :

0-2 ans Nouveaux-nés et nourrissons relevant de la périnatalité	3-5 ans Ecole maternelle (âge préscolaire)	6-11 ans Période de latence école primaire	12-15 ans Adolescence collège	16-17 ans Lycée Age intermédiaire entre PEA et psychiatrie adulte
--	---	---	----------------------------------	---

## **I. 5. Recueil des données**

### **I. 5. a. Choix des participants au recueil**

L'ensemble des 21 secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du Nord et du Pas-de-Calais étaient sollicités pour participer à l'étude. L'inclusion d'un secteur dans le recueil impliquait celle de toutes ses unités fonctionnelles à l'exception des unités d'hospitalisation à temps complet, d'accueil familial thérapeutique, des dispositifs de consultation sans rendez-vous, d'urgence ou de liaison.

Nous excluons les unités de consultation sans rendez-vous, d'urgence ou de liaison, faisant l'hypothèse d'une plus grande difficulté à obtenir, sans un questionnement spécifique au cours de la consultation qui aurait relevé d'une étude interventionnelle, des données approfondies sur le mode de vie de l'enfant, son vécu et les modalités usuelles de suivi ambulatoire (ou en HDJ). Les unités d'hospitalisation ou d'accueil familial thérapeutique étaient exclues. Toutefois, les antécédents d'hospitalisation étaient interrogés.

Nous choisissons de solliciter tous les professionnels soignants ou socio-éducatifs exerçant dans les structures de soins sus-mentionnées et susceptibles de recevoir un jeune pour une prise en charge individuelle ou groupale et de concevoir un questionnaire accessible à tous ces professionnels, avec le recours au dossier du patient pour l'accès aux données proprement médicales. Ce choix se justifiait par le souhait d'obtenir une image représentative de l'intégralité de la population reçue dans les secteurs de PEA, et non celle reçue par une seule catégorie professionnelle.

### **I. 5. b. Modalités du recueil**

Les données étaient recueillies par un hétéroquestionnaire en ligne à destination de tout professionnel soignant ou socioéducatif recevant un enfant ou un adolescent dans le cadre d'une prise en charge individuelle ou groupale. Chaque professionnel remplissait un questionnaire par enfant ou adolescent reçu le jour de l'étude. Le questionnaire était conçu de manière à être accessible à tout professionnel intervenant en pédopsychiatrie. Les données, collectées par l'intermédiaire d'un logiciel de formulaires en ligne, étaient transmises à une base de données centralisée puis soumises aux analyses statistiques.

Le recueil était limité temporellement à une journée, celle du 28 mars 2019. Le questionnaire restait ensuite en ligne pendant une semaine pour permettre un recueil différé, durée pendant laquelle les internes investigateurs se tenaient à disposition des professionnels répondants par mail. Un recueil sur une journée était estimé suffisant pour obtenir un nombre de résultats permettant de répondre à l'objectif principal au vu de l'étendue géographique du recueil.

Aucune donnée nominative concernant le professionnel répondant ou le patient concerné n'était recueillie, et le questionnaire portait sur la connaissance usuelle du patient par le professionnel et les données du dossier médical. Il ne nécessitait aucune intervention ou question d'interrogatoire supplémentaire au décours de la consultation ou prise en charge.

Pour chaque unité de chaque secteur participant était désigné un référent du recueil des données (certains secteurs faisaient le choix d'un référent unique pour l'ensemble du secteur), dont les missions étaient :

- assurer l'accessibilité du questionnaire en ligne pour tous les professionnels répondants sur leur lieu de travail ;
- transmettre aux internes investigateurs les questions éventuelles des professionnels répondants sur la passation du questionnaire ;
- assurer, en collaboration avec les autres référents d'unité du même secteur, l'absence de doublon : envoi d'un seul questionnaire pour un jeune éventuellement reçu le jour du recueil pour plusieurs prises en charge dans l'une ou l'autre des unités du secteur.

Les professionnels recevaient une notice explicative d'aide au remplissage du questionnaire, transmise par l'intermédiaire des référents d'unité. (**Annexe 1**)

La présentation de l'étude, sa justification, l'explication des méthodes de recueil et de la participation demandée était réalisée par les deux internes investigateurs au cours de réunions dans les locaux des secteurs de psychiatrie participants, en général en présence d'un représentant de chaque unité fonctionnelle et du médecin chef de pôle.

Le jour choisi pour le recueil des données était le jeudi 28 mars 2019. Cette journée était choisie par tirage au sort après exclusion des mercredi au vu de la moindre disponibilité des professionnels ce jour pour mener à bien le recueil.

## **I. 6. Justification des variables retenues**

Le questionnaire (**Annexe 2**) portait sur l'âge et le genre du patient, la scolarité, le mode de garde, les modalités de suivi (mode d'entrée dans les soins, suivi en médecine générale, catégories professionnelles impliquées dans la prise en charge et fréquence du suivi dans la structure, antécédents d'hospitalisation en psychiatrie), le diagnostic CIM10, la symptomatologie actuelle et le profil d'attachement, la présence ou non d'un suivi en protection de l'enfance et ses modalités le cas échéant (type, durée et motif de la mesure).

Pour la présente analyse, nous décrivions dans un premier temps les caractéristiques psychopathologiques et sociodémographiques de la population reçue en PEA dans son ensemble, avant de mener des analyses en sous-groupe visant à établir le profil psychopathologique (grandes catégories syndromiques, troubles internalisés et externalisés) de notre population en fonction de différents critères : âge, genre, mode de garde et profil d'attachement.

## I. 7. Traitement des données et analyse statistique

Nous traitons les données sur l'ensemble des deux départements Nord et Pas-de-Calais, ne retenant pas d'intérêt clinique à analyser séparément et à comparer les données du Nord et celles du Pas-de-Calais.

Les données spécifiques à chaque secteur étaient transmises directement aux chefs de pôle et pourraient être utilisées pour mieux connaître la population accueillie et nourrir les réflexions concernant les orientations de soins.

Concernant l'analyse statistique, une étude descriptive était réalisée. Les variables étaient décrites en donnant les effectifs et pourcentages. Les graphiques utilisés étaient des diagrammes en barres. Les analyses statistiques étaient réalisées avec les logiciels Excel et R 3.5.1. Les analyses concernant la symptomatologie actuelle étaient stratifiées en fonction de l'âge, du genre, du mode de garde et du profil d'attachement.

Afin de comparer les proportions, des tests de Chi-2 étaient réalisés dans le cas où les conditions étaient respectées (effectifs théoriques supérieurs à 5), sinon des tests de Fisher étaient employés.

## II. Résultats

### II. 1. Participation à l'étude

#### II. 1. a. Taux de participation

14 secteurs étaient inclus dans le recueil, dont 9 dans le département Nord (soit 69,2 % des secteurs du Nord) et 5 dans le département Pas-de-Calais (62,5 % des secteurs du Pas-de-Calais). Les secteurs participants sont décrits dans le tableau suivant :

Secteurs participants dans le Nord	Secteurs participants dans le Pas-de-Calais
59i01 Dunkerque	62i02 Boulogne
59i02 Hazebrouck	62i03 Saint-Omer Lillers
59i03 Tourcoing-Armentières	62i04 Béthune Noeux-les-Mines Bruay
59i04 Lille Saint-André Lambersart	62i06 Hénin Carvin
59i05 Lille Sud Loos Haubourdin Weppes	62i07 Arras Bapaume
59i07 Roubaix Croix Wasquehal	
59i08 Douai	
59i11 Cambrai	
59i12 Maubeuge	

L'effectif total des sujets inclus, après élimination des doublons éventuels (enfant recevant plusieurs prises en charge distinctes sur la journée) était de 969.

Le taux de participation dans chaque secteur était satisfaisant, variant entre 57 et 100 % des enfants reçus inclus dans l'étude. Le taux de réponse global était de 83 %.

## II. 1. b. Professionnels répondants

Toutes les catégories de professionnels recevant des enfants ou adolescents pour une prise en charge individuelle ou groupale le jour de l'étude étaient susceptibles de répondre au questionnaire. 233 questionnaires étaient remplis par des psychologues (24%), 211 par des infirmiers (21,8%), 163 par des psychomotricien-ne-s (16,8%), 128 par des pédopsychiatres ou psychiatres (13,2 %), 67 par des éducateurs-trices (6,9%), 57 par des cadres de santé (5,9%), 45 par des orthophonistes (4,6%), 22 par des assistant-e-s social-e-s (2,3%), 19 par des secrétaires (2%), 18 par des internes (1,9%), 6 par des thérapeutes familiaux (0,6%).

Ces professionnels exerçaient massivement dans les centres médico-psychologiques (72,3%). Les autres professionnels se répartissaient entre les hôpitaux de jour (18,7%), CATTP (6,9%), équipes de périnatalité ou maternités (0,7%), NA (1%).

## II. 2. Résultats de l'objectif principal : caractéristiques psychopathologiques des enfants et adolescents reçus en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans le Nord et le Pas-de-Calais

### II. 2. a. Symptomatologie actuelle

La symptomatologie actuelle des enfants reçus, telle qu'évaluée par le professionnel répondant le jour de l'étude sur la base de sa connaissance usuelle du patient et du dossier médical, était marquée par les troubles suivants. Les catégories de symptômes n'étaient pas exclusives entre elles.

Catégorie de symptômes	Fréquence : nombre de sujets (%)
Trouble des conduites motrices	439 (45,3%)
Anxiété	411 (42,4%)
Trouble de la communication et de la relation	389 (40,1%)
Trouble du langage	328 (33,8%)
Trouble des apprentissages scolaires	262 (27%)
Trouble du sommeil	228 (23,5%)
Trouble de la sphère oro-alimentaire	173 (17,9%)
Trouble des conduites : mensonges, vols, fugues, conduites hétéroagressives, mises en danger	163 (16,8%)
Trouble de l'humeur	156 (16,1%)
Trouble sphinctérien	109 (11,2%)
Tentative de suicide ou équivalent suicidaire	77 (7,9%)
Autre symptôme	61 (6,3%)
Conduite sexuelle inappropriée	27 (2,8%)
Symptomatologie hallucinatoire ou délirante	25 (2,6%)
Consommation de substances psychoactives	5 (0,5%)
Non renseigné	18 (1,9%)

Les symptômes les plus prégnants en population clinique pédopsychiatrique dans notre étude étaient les troubles des conduites motrices (439 sujets soit 45,3%), l'anxiété (411 sujets soit 42,2%) et les troubles de la communication et de la relation (389 sujets soit 40,1%).

Pour analyser les caractéristiques psychopathologiques dans l'ensemble de notre population clinique et en sous-groupes, nous dégagions un ensemble de symptômes correspondant aux troubles externalisés (*troubles des conduites motrices, conduites sexuelles inappropriées, trouble des conduites – mensonges, vols, fugues, conduites hétéroagressives, mises en danger*) et un autre bloc correspondant aux troubles internalisés (*autoagressivité, tentative de suicide ou équivalent suicidaire, troubles de la communication et de la relation, troubles des apprentissages scolaires, anxiété, troubles de l'humeur*). Conformément à la littérature, certains syndromes impliquant des perturbations du cours de la pensée (symptômes psychotiques notamment) n'étaient pas rattachés aux troubles internalisés ni externalisés.

Catégorie de symptômes	Fréquence : nombre de sujets (%)
Troubles externalisés (1 ou plus)	532 (54,9%)
Troubles internalisés (1 ou plus)	701 (72,3%)

## II. 2. b. Autres caractéristiques cliniques

- *Profil d'attachement*

Les profils d'attachement des enfants reçus, tels qu'identifiés par les professionnels, étaient : 24,8 % d'attachement sécure (240 sujets), 23,2 % d'attachement ambivalent-résistant (225 sujets), 19,2 % d'attachement évitant (186 sujets) et 14,9 % d'attachement désorganisé (145 sujets). Dans 16,8 % des cas, le professionnel ne se prononçait pas. 10 questionnaires restaient sans réponse (NA = 1%).

- *Antécédents de tentative de suicide*

Pour 46 sujets (4,7%), un antécédent de tentative de suicide était rapporté. 901 sujets (93%) n'en présentaient pas et pour 10 sujets (1%), le professionnel ne se prononçait pas. Ce critère n'était pas repris dans l'analyse des résultats en sous-groupes.

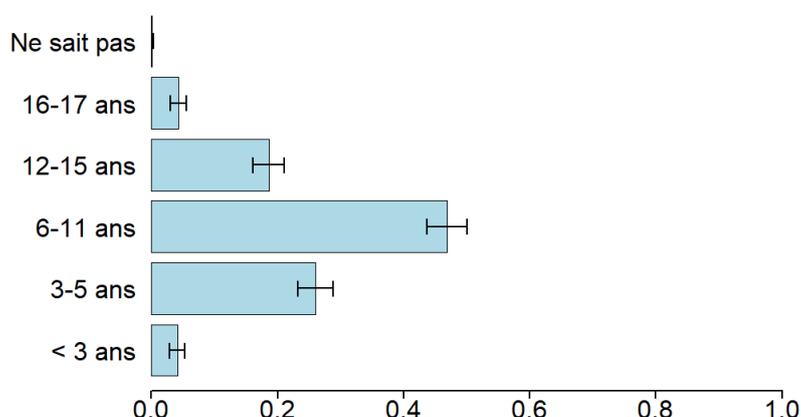
- *Diagnostic CIM 10*

La cotation diagnostique en vigueur au moment du recueil des données était la classification CIM 10. Les cotations CIM 10 n'étaient pas renseignées dans le questionnaire pour 62,2% des sujets (603 sujets). Ce faible taux de réponse (de 37,8% soit 366 sujets) ne permettait pas d'exploiter ce critère dans la caractérisation des sujets inclus. Cet élément est interprété dans la discussion des limites de l'étude.

## II. 3. Résultats du premier objectif secondaire : caractéristiques sociodémographiques des enfants et adolescents reçus dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du Nord et du Pas-de-Calais

### II. 2. a. Age des patients inclus

Dans notre population, la tranche d'âge des 6-11 ans représentait près de la moitié de l'effectif (454 enfants soit 46,9 %). La seconde tranche la plus représentée était celle des 3-5 ans (252 enfants soit 26%), puis venaient celle des 12-15 ans (180 adolescents soit 18,6 %) et enfin, dans des proportions similaires, celle des 16-17 ans (42 adolescents soit 4,3%) et celle des 0-2 ans (40 enfants soit 4,1%). NA : 1 enfant (0,1%).



Les différences entre les effectifs des tranches d'âges étaient toutes significatives à l'intervalle de confiance de 95%, à l'exception de celle entre les 16-17 et les 0-2 ans.

Dans le tableau suivant est présentée la moyenne du nombre d'enfants reçus par année d'âge pour chaque tranche. Cette moyenne est plus élevée pour les 3-5 ans que pour les 6-11 ans. C'est donc l'étendue de la tranche d'âge 6-11 ans qui fait d'elle la première tranche d'âge en fréquence dans les files actives. Après ajustement sur ce paramètre, les 3-5 ans apparaissent comme les premiers demandeurs de soins. Cumulées, les tranches d'âge 3-5 ans et 6-11 ans représentaient 72,9 % des patients reçus (soit 706 patients).

Tranche d'âge	Moyenne du nombre de sujets reçus par année d'âge
0-2 ans	m = 13,3
3-5 ans	m = 84
6-11 ans	m = 75,7
12-15 ans	m = 45
16-17 ans	m = 21

## II. 2. b. Genre des patients inclus

656 des patients inclus étaient de genre masculin soit 67,7 % de la population, pour 313 individus de genre féminin (33,3%). Les proportions d'enfants et adolescents reçus étaient donc précisément de deux tiers de garçons et un tiers de filles, soit une différence statistiquement significative à l'intervalle de confiance de 95%.

Le genre des patients reçus était analysé par tranche d'âge :

	0-2 ans	3-5 ans	6-11 ans	12-15 ans	16-17 ans	Ne sait pas	Total par genre
Féminin	20 (6,4%)	57 (18,2%)	133 (42,5%)	78 (24,9%)	25 (8%)	0 (0%)	313 (100%)
Masculin	20 (3%)	195 (29,7%)	321 (48,9%)	102 (15,5%)	17 (2,6%)	1 (0,2%)	656 (100%)

On observait une nette sur-représentation des garçons dans les tranches d'âge 3-5 (sex ratio = 3,4 : 1) et 6-11 ans (sex ratio : 2,4 : 1) et une inversion de la tendance chez les 12-15 ans (sex ratio = 0,8 : 1). Chez les 16-17 ans, les garçons étaient également plus représentés avec un sex ratio de 1,5 : 1. Les effectifs de filles et de garçons étaient équivalents chez les 0-2 ans. Les résultats devaient être interprétés avec prudence dans ces deux derniers groupes du fait de leur faible effectif.

## II. 2. c. Mode de garde des patients inclus

La population de l'étude était constituée de 500 enfants ou adolescents vivant au domicile de leurs deux parents (83,5%), de 165 patients (17%) gardés principalement par un parent avec des droits de visite honorés par l'autre parent, de 144 patients (14,9%) vivant en dehors du domicile parental, de 98 patients (10,1%) gardés exclusivement par un parent, les droits de visite n'étant pas honorés par l'autre parent ou celui-ci étant décédé. Enfin, 45 patients (4,6%) vivaient également chez l'un puis l'autre de ses deux parents (garde alternée). Les différences entre chacun de ces groupes étaient significatives à l'intervalle de confiance de 95 %. 8 questionnaires restaient sans réponse pour cette question (0,8%) et le professionnel ne se prononçait pas pour 9 patients (0,9%).

## II. 2. d. Scolarisation des patients inclus

Concernant la scolarité, nous n'étions pas en mesure d'analyser avec pertinence la proportion d'enfants non scolarisés par rapport aux enfants scolarisés et détaillerons ce point dans la discussion. En conséquence, nous analysons uniquement le mode de scolarisation des enfants et adolescents effectivement scolarisés. Ils l'étaient majoritairement en milieu ordinaire, sans aménagement (56,5% des enfants scolarisés) ou avec (35,5%). 7,9% des enfants scolarisés l'étaient en milieu adapté (IME, ITEP, SEGPA). Les différences entre ces trois groupes étaient significatives à l'IC de 95 %.

## II. 2. e. Mesure de protection actuelle

19,2% des enfants et adolescents inclus (186 sujets) bénéficiaient d'une mesure de protection judiciaire et 5,2 % (50 sujets) d'une mesure administrative. Le cumul des sujets bénéficiant de mesures en protection de l'enfance représentait 24,4% des sujets (236 sujets) alors que 74,1 % des sujets (718 sujets) n'en bénéficiaient pas. Pour 15 sujets

(1,5%), le professionnel ignorait s'il existait une mesure en cours. Les données concernant le détail des mesures de protection étaient analysées dans le cadre du travail de mémoire de l'autre interne investi dans l'étude.

## **II. 2. f. Mode d'entrée dans les soins**

Les patients inclus dans l'étude étaient adressés essentiellement par quatre voies qui, confondues, représentaient 90,4 % des adressages (876 patients), avec une différence non significative dans les taux de représentation de ces quatre voies. Il s'agissait de : leurs parents (230 sujets soit 23,7%), un professionnel médical ou paramédical autre que leur médecin traitant (229 sujets soit 23,6%), le milieu scolaire (201 sujets soit 20,7 %) et enfin le secteur social – UTPAS, MDS ou PMI (201 sujets soit 20,7%). Les différences de fréquence d'adressage entre ces quatre principaux adresseurs n'étaient pas significatives à l'IC de 95 %. Les médecins traitants étaient impliqués dans 6,2 % des adressages (60 sujets). Bien plus rarement, les patients pouvaient être adressés par un autre membre de l'entourage (9 sujets soit 0,9%) ou par eux-mêmes (4 sujets soit 0,4%). Dans 2,1 % des cas (20 sujets), le professionnel répondant n'avait pas connaissance des modalités d'entrée dans les soins.

Des résultats annexes concernant les modalités de prise en charge (modalités de suivi, traitement psychotrope, recours à l'hospitalisation) sont présentés en **Annexe 3**.

## **II. 3. Résultats des objectifs secondaires 2. à 5. : caractéristiques psychopathologiques des enfants et adolescents reçus dans les secteurs de psychiatrie infantile-juvénile du Nord et du Pas-de-Calais en fonction de l'âge, du genre, du mode de garde et du profil d'attachement**

Parmi les paramètres étudiés en population clinique pédopsychiatrique et détaillés dans la partie précédente, nous cherchions à évaluer l'état de santé mentale de notre population par sa caractérisation psychopathologique en sous-groupes, en fonction de l'âge, du genre, du mode de garde et du profil d'attachement.

### **II. 3. a. Caractéristiques psychopathologiques en fonction de l'âge**

Les symptomatologies recensées étaient réparties en fonction de l'âge du patient comme présenté en annexe. (**Annexe 4**) Tous les résultats la symptomatologie actuelle en fonction de l'âge étaient significatifs ( $p < 0,001$ ) à l'exception de ceux concernant les troubles du sommeil.

Concernant la répartition en fonction de l'âge des troubles observés, les troubles de la sphère oroalimentaire, troubles sphinctériens, troubles des conduites motrices, troubles du langage, de la communication et de la relation étaient plus prévalents dans la tranche d'âge 3-5 ans alors que les troubles de l'humeur, l'autoagressivité et les conduites antisociales émergeaient à l'âge scolaire et se poursuivaient à l'adolescence. Notre étude ne relevait pas de différence significative dans la proportion de troubles du sommeil, attestant d'une certaine constance de ce symptôme à travers les catégories d'âge.

Dans la tranche d'âge 0-2 ans, les troubles des conduites motrices (10 sujets soit 25%), de la communication et de la relation (9 sujets soit 22,5%), du sommeil (8 sujets soit 20%), du langage (6 sujets soit 15%) et de la sphère oro-alimentaire (5 sujets soit 12,5%) étaient fréquemment représentés. Ces catégories n'étaient pas exhaustives entre elles. A noter que l'effectif réduit de 40 enfants dans cette tranche d'âge ne permettait pas que certaines catégories de symptômes se démarquent fortement, et amenait à considérer ces résultats avec prudence.

Concernant les 3-5 ans, sur un effectif de 252 enfants, la symptomatologie décrite par le professionnel était largement dominée par les troubles du langage (171 sujets soit 67,9%), des conduites motrices (164 sujets soit 65,1%), de la communication et de la relation (148 sujets soit 58,7%), qui étaient décelés chez plus de la moitié des sujets. L'anxiété (93 sujets soit 36,9%), les troubles de la sphère oro-alimentaire (89 sujets soit 35,3%) et les troubles du sommeil (66 sujets soit 26,2%) étaient également fortement représentés.

Parmi les 454 enfants inclus pendant la période de latence (6-11 ans), c'étaient les troubles des conduites motrices (219 sujets soit 48,2%), l'anxiété (212 sujets soit 46,7%), les troubles de la communication et de la relation (179 sujets soit 39,4%) et des apprentissages scolaires (167 sujets soit 36,8%) ainsi que les troubles du langage (141 sujets soit 31,1%) qui étaient les symptômes les plus fréquemment retrouvés.

Entre 12 et 15 ans (180 enfants), l'anxiété était présente chez une importante majorité des adolescents (75 sujets soit 41,7%). Ensuite venaient les troubles du sommeil et les troubles de l'humeur (chacun 51 sujets soit 28,3%) et les conduites antisociales – mensonges, vols, fugues, conduites hétéroagressives et mises en danger (49 sujets soit 27,2%).

La catégorie des 16-17 ans représentait un effectif faible de 42 adolescents, au sein duquel certaines catégories de symptômes se démarquaient pourtant significativement et étaient en cohérence avec celles de la tranche d'âge la plus proche. Comme chez les 12-15 ans, la symptomatologie des 16-17 ans était dominée par l'anxiété (28 sujets soit 66,7 %), les troubles de l'humeur (20 sujets soit 47,6%) et du sommeil (14 sujets soit 33,3%).

Symptomatologie	0-2 ans : n (%)	3-5 ans	6-11 ans	12-15 ans	16-17 ans
Troubles externalisés (1 ou plus)	10 (25%)	169 (67%)	261 (57,5%)	80 (44%)	11 (26,2%)
Troubles internalisés (1 ou plus)	13 (32,5%)	182 (72%)	335 (73,7%)	134 (74,4%)	36 (85,7%)

Tous les résultats concernant la répartition des troubles internalisés et externalisés étaient descriptifs et ne faisaient pas l'objet d'analyses statistiques. On observait une fréquence importante de troubles externalisés dans la population des 3-5 ans (67%) et sa diminution progressive à mesure de l'avancée en âge, jusqu'à la tranche d'âge 16-17 ans (26,2%). La proportion de troubles internalisés tendait vers la stabilité dans les tranches d'âge 3-5, 6-11 et 12-15 ans (autour de 75%) et s'élevait à 85,7 % chez les 16-17 ans.

### II. 3. b. Caractéristiques psychopathologiques en fonction du genre

Les caractéristiques psychopathologiques en fonction du mode de garde sont détaillées dans le tableau en annexe. (**Annexe 5**)

Il existait une différence significative ( $p < 0,001$ ) entre les groupes filles et garçons pour les troubles des conduites motrices, les troubles du langage, les troubles de la communication et de la relation, tous trois plus fréquents chez les garçons. Pour les tentatives d'autolyse et gestes autoagressifs, bien qu'ils soient deux fois plus fréquents chez les filles que chez les garçons dans notre échantillon, la différence était à la limite de la significativité du fait des faibles effectifs ( $p = 0,001$ ). Pour les autres catégories de symptômes, les différences en fonction du genre n'étaient pas significatives.

La symptomatologie présentée par les 313 filles incluses dans l'étude était dominée par l'anxiété (131 sujets soit 41,9%), les troubles des conduites motrices (89 sujets soit 28,4%) et les troubles de la communication et de la relation (81 sujets soit 25,9%).

Chez les garçons, deux fois plus représentés (656 sujets) que les filles, les conduites motrices (350 sujets soit 53,4%) apparaissaient plus fréquents que les troubles de la communication et de la relation (308 sujets soit 47%), que l'anxiété (280 sujets soit 42,7%), les troubles du langage (272 sujets soit 41,5%) et des apprentissages scolaires (197 sujets soit 30%).

Les troubles externalisés et internalisés étaient répartis dans les proportions suivantes en fonction du genre :

Type de troubles	Féminin n (%)	Masculin n (%)	Sex ratio
Troubles externalisés (1 ou plus)	128 (40,9% des filles)	404 (61,6% des garçons)	1,5
Troubles internalisés (1 ou plus)	221 (70,6%)	480 (73,2%)	1

Au regard de nos résultats, les garçons présentent donc 1,5 fois plus de troubles externalisés que les filles alors que la proportion de troubles internalisés tend vers l'équivalence dans les deux genres. La proportion de troubles internalisés est plus élevée puisque près de trois quarts de la population clinique dans les deux genres en présente au moins un.

### II. 3. c. Caractéristiques psychopathologiques en fonction du mode de garde

Les caractéristiques psychopathologiques en fonction du mode de garde sont détaillées dans le tableau en annexe. (**Annexe 6**)

Il existait une différence significative dans la répartition des troubles en fonction du mode de garde pour les troubles des conduites motrices, les conduites sexuelles inappropriées, les conduites antisociales, les conduites autoagressives et tentatives de suicide, les troubles du langage, les troubles de la communication et de la relation ainsi que les troubles de l'humeur.

Les patients résidant en garde alternée étaient fréquemment reçus pour une anxiété (57,8%), un trouble des conduites motrices (35,6%), la communication ou de la relation (24,4%).

Ceux résidant en garde exclusive présentaient une anxiété (41,8%), un trouble du sommeil (37,8%), de la communication et de la relation (32,7%), du langage (29,6%), de l'humeur (28,6%), des conduites motrices (27,6%).

Ceux résidant en garde principale présentaient un trouble des conduites motrices (41,8%), de la communication et de la relation (35,2%), du sommeil (29,7%), du langage (28,5%), des apprentissages (26,7%).

Ceux gardés par leur deux parents présentaient un trouble des conduites motrices (51,2%), de la communication et de la relation (47,8%), du langage (41,6%), une anxiété (40,6%), un trouble des apprentissages (28,6%).

Enfin, les enfants et adolescents résidant hors du domicile des deux parents présentaient un trouble des conduites motrices (45,8%), une anxiété (45,1%), des conduites antisociales (35,4%), un trouble de la communication et de la relation (31,9%), des apprentissages (31,2%) ou du langage (25%).

Type de troubles	Garde alternée n (%)	Garde exclusive n (%)	Garde principale n (%)	Chez les 2 parents n (%)	Hors du domicile n (%)
Troubles externalisés (1 ou plus)	21 (46,7%)	42 (42,8%)	88 (53,3%)	281 (56,2%)	90 (62,5%)
Troubles internalisés (1 ou plus)	35 (77,8%)	76 (77,6%)	119 (72,1%)	361 (72,2%)	101 (70,1%)

Ces résultats montraient une tendance à une plus forte expression de troubles externalisés dans les groupes d'enfants résidant hors du domicile parental (62,5%) que dans les autres groupes (42,8 à 56,6%). La proportion de troubles internalisés apparaissait relativement stable entre les groupes (entre 70 et 77%).

### II. 3. d. Caractéristiques psychopathologiques en fonction du profil d'attachement

Type de troubles	Sécuré n(%)	Évitant n(%)	Ambivalent-résistant n (%)	Désorganisé n (%)	Ne sait pas n(%)	NA
Troubles externalisés (1 ou plus)	95 (39,6%)	110 (59,1%)	139 (61,8%)	97 (66,9%)	86 (52,8%)	5 (50%)
Troubles internalisés (1 ou plus)	132 (55%)	160 (86%)	175 (77,8%)	118 (81,4%)	113 (69,3%)	3 (30%)

La fréquence des troubles externalisés apparaissait élevée pour les patients désorganisés (66,9%), intermédiaire pour les patients évitants et ambivalents (59,1 % et 61,8%) et bien plus faible chez les patients sécurés (39,6%). La fréquence des troubles internalisés était la plus élevée pour les patients au profil évitant (86%) et désorganisé (81,4%) et la plus faible pour les patients au profil sécurés (55%).

### **III. 1. Limites de l'étude**

#### **III. 1. a. Concernant l'organisation du recueil et la participation**

Au vu du caractère multicentrique de l'étude et du nombre de réponses attendues, nous faisons le choix d'un recueil sur une journée, ce qui pouvait éventuellement altérer l'homogénéité des résultats entre les secteurs (ex : diminution du nombre de patients reçus liés à la synthèse de service). Cette inhomogénéité était lissée par l'interprétation des résultats sur l'ensemble du territoire. Par ailleurs, concernant l'acceptabilité de l'étude par les professionnels des secteurs (questionnaire de 5-10mn à remplir pour chaque patient reçu le jour de l'étude), elle semblait suffisante à une très large participation des professionnels, attestant d'un effort notable pour la recherche clinique en population pédopsychiatrique de secteur, impulsé par les chefs de pôle. Par ailleurs, toutes les catégories de professionnels intervenant auprès d'enfants et d'adolescents dans les secteurs se mobilisaient pour cette recherche et étaient représentées dans le recueil.

Concernant l'identité des professionnels répondants, 57 des questionnaires étaient remplis par des cadres de santé (5,9%) et 19 par des secrétaires (2%). Il s'agissait de réponses transcrites numériquement par les cadres ou secrétaires après le remplissage d'une version imprimée du questionnaire par le professionnel recevant le patient, induisant un biais de classement lié à de potentielles erreurs de retranscription des données.

On notait par ailleurs un biais de recrutement dans notre recueil : dans l'un des secteurs impliqués, les deux hôpitaux de jour accueillant des adolescents étaient intersectoriels et n'ont pas pu être inclus dans le recueil des données puisque l'autre secteur dont relevait ces unités ne participait pas à l'étude. Cela conduisait à une sous-représentation de la population d'adolescents dans ce secteur en particulier (qui représentait environ 90 réponses) et donc à une légère sous-représentation des 12-17 ans sur l'effectif global de l'étude. Le choix du recueil sur une journée pouvait également occasionner un biais de recrutement en fonction de l'âge : les 3-5 ans étaient probablement plus représentés dans les prises en charge que les adolescents mais aussi que les 6-11 ans les jours d'école - dont le jeudi, jour de notre recueil - par rapport au mercredi. Cette possible sous-représentation serait un phénomène mineur et ne suffirait pas à expliquer la sous-représentation majeure des 12-17 ans dans notre cohorte.

#### **III. 1. b. Concernant le contenu des réponses au questionnaire**

Plusieurs biais de classement pouvaient être répertoriés dans notre étude, inhérents à la conception de notre questionnaire. Ils étaient décrits dans les paragraphes suivants.

L'item concernant les diagnostics de la classification CIM 10 restait sans réponse pour 603 questionnaires sur 969. Ce faible taux de réponse était responsable d'un biais de classement et pouvait être expliqué par une absence de cotation diagnostique dans le dossier patient ou encore par une difficulté par les professionnels non médicaux à accéder à cette information dans le dossier du patient. Un recueil diagnostique par un questionnaire validé type MINI KID, que la vaste échelle du recueil ne nous permettait pas de réaliser pour la présente étude, pourrait fournir une évaluation diagnostique fine dans

une étude ultérieure faisant suite aux questionnements et hypothèses formulés dans le présent travail.

Concernant l'épidémiologie générale descriptive, un autre biais de classement était lié à une probable surévaluation du nombre d'enfants non scolarisés : des enfants entre 0 et 2 ans avaient été inclus parmi les enfants non scolarisés, probablement en lien avec un défaut de clarté de la question, qui appelait une réponse uniquement pour les « enfants d'âge scolaire » sans que cette limite d'âge ait été définie. En conséquence, nous laissons de côté l'interprétation des taux de scolarisation.

Par ailleurs, concernant également la formulation du questionnaire, les hospitalisations séquentielles – plusieurs hospitalisations à temps complet itératives prévues à l'avance avec une continuité dans la prise en charge entre celles-ci - n'étaient pas définies dans le questionnaire, pouvant donner lieu à une éventuelle confusion avec les hospitalisations multiples (programmées indépendamment les unes des autres) voire avec les hospitalisations de jour.

Un autre biais de classement pouvait être lié à la présence de questions portant sur des événements passés (événements cliniques ou du parcours de soins, c'est à dire les antécédents de tentative de suicide, d'hospitalisation, de traitement médicamenteux) pouvant conduire à une remémoration erronée de ces événements dans les cas où le professionnel répondant ne consultait pas le dossier médical.

Par ailleurs, les items concernant la symptomatologie actuelle et le profil d'attachement étaient soumis à l'appréciation subjective des professionnels médicaux et non médicaux. En conséquence, ces réponses ne pouvaient être interprétées que comme la représentation du professionnel répondant. Par ailleurs, pour limiter la durée du questionnaire, le profil d'attachement était décrit en une ligne synthétique, description commune aux patients de 0 à 17 ans. Cette brève définition avait une portée limitée pour appréhender la complexité des phénomènes d'attachement et constituait une limite de l'interprétation de cet item. Cela peut contribuer à expliquer l'absence de réponse dans 16,8 % des cas concernant cet item.

Enfin, notre étude ne distinguait pas les patients reçus pour la première fois (dans le cadre d'une consultation programmée en dehors du cadre de l'urgence) des patients reçus dans le cadre d'un suivi régulier.

### **III. 2. Discussion des résultats de l'objectif principal : caractéristiques psychopathologiques des enfants et adolescents reçus en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans le Nord et le Pas-de-Calais**

- *Symptomatologie actuelle*

Concernant la symptomatologie actuelle, les symptômes les plus prégnants en population clinique pédopsychiatrique retrouvés dans notre étude étaient les troubles des conduites motrices (45,3%), l'anxiété (42,2%) et les troubles de la communication et de la relation (40,1%). A noter qu'il ne s'agissait pas du motif initial de consultation mais de la

symptomatologie identifiée au moment du recueil. Cette répartition, et notamment la prépondérance des troubles des conduites motrices, étaient à mettre en regard des caractéristiques sociodémographiques de la population accueillie, avec une forte représentation des 3-11 ans et des garçons. Ces résultats étaient concordants avec ceux de l'étude de Le Galudec (9) qui répertoriait les motifs de consultation dans un CMP sur 5 ans : troubles du comportement (33,4%), angoisse (18,4%) et troubles psychofonctionnels (13%) étaient les symptômes les plus fréquents. Dans l'étude de Le Galudec, c'est le motif principal (unique) de consultation qui était étudié, là où notre méthode de recueil acceptait plusieurs réponses concernant la symptomatologie actuelle, expliquant des pourcentages inférieurs aux nôtres dans l'étude de Le Galudec, pour l'anxiété notamment.

La prépondérance des troubles des conduites motrices (45,3%) renvoyait à un motif d'adressage fréquent en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, celui des « troubles du comportements » rattachables à l'instabilité psychomotrice. On constatait par ailleurs l'importante représentation des troubles de la sphère affective : troubles anxieux (42,2%) et troubles de l'humeur (16,1%) parmi les syndromes rapportés par les professionnels des secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ce qui indiquait la sensibilité de ces professionnels à l'expression affective et émotionnelle de la souffrance psychique chez les patients. Enfin, la représentation importante des troubles de la communication et de la relation (40,1%), des troubles du langage (33,8%) et des apprentissages scolaires (27%) permettait d'affirmer l'identité de la clinique pédopsychiatrique du côté de la clinique développementale. Ces résultats révélaient l'inscription de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans une pratique intégrative, articulant les enjeux développementaux avec la prise en compte de la dimension affective et émotionnelle de la psychopathologie, en appui sur des demandes formulées par les parents et autres partenaires socio-éducatifs et sanitaires autour de comportements inadaptés dans le socius.

- *Troubles internalisés et externalisés*

La littérature distinguait deux processus à l'oeuvre pour faire face à la souffrance psychique : l'internalisation et l'externalisation. Il s'agissait de l'une des modalités classificatoires les plus communément admises en psychiatrie développementale. (10) cité par (11) Celle-ci constituait une approche alternative à la catégorisation diagnostique ou syndromique, dont les limites étaient l'absence de prise en compte de l'hétérogénéité symptomatique au sein d'un trouble ou encore du partage de symptômes communs aux différents troubles. (11) Les troubles internalisés et externalisés pouvaient être évalués par des scores (ex : ASEBA, CBCL) (11) dans une approche dimensionnelle ou catégorielle. Ils constituaient le regroupement de syndromes à la définition plus restrictive, pouvant eux-même être abordés dans une perspective soit dimensionnelle, soit catégorielle.

Dans notre étude, on observait la fréquence élevée des troubles externalisés (54,9%) et des troubles internalisés (72,3%) et donc la fréquente association comorbide entre troubles internalisés et externalisés.

Quoique les troubles externalisés et internalisés soient fréquemment étudiés comme des variables distinctes, la co-occurrence des troubles internalisés et externalisés dès l'âge préscolaire étaient abondamment décrite dans la littérature (12–17) Ces deux groupes ne devaient donc pas être considérés comme des variables indépendantes ni

mutuellement exclusives. (11) Cela faisait suggérer l'existence de facteurs de vulnérabilité communs. Les études tendaient par ailleurs à démontrer le développement de troubles internalisés consécutifs aux troubles externalisés et non l'inverse (13,18,19). Ce phénomène pouvait être dû à la mauvaise qualité des relations aux pairs, éventuellement au rejet par ceux-ci, consécutifs aux comportements agressifs ou antisociaux. Par ailleurs, l'association comorbide de plusieurs troubles internalisés ou de plusieurs troubles externalisés entre eux était fréquente dans la littérature. (20)

- *Profil d'attachement*

La Situation Etrange, réalisée entre 12 et 18 mois, est une situation expérimentale qui permet d'étudier les réactions de l'enfant dans un lieu non familial lors de la séparation et de la réunion avec sa figure d'attachement, et donc sa capacité à utiliser sa figure d'attachement comme base de sécurité. A la Situation Etrange, les profils d'attachement se répartissent comme suit en population générale : attachement sécurisé : 60 %, insécure évitant : 20 %, insécure ambivalent-résistant : 15 %, désorganisé : 5 %. (21) Par ailleurs, dans l'étude de Tereno portant sur une population à haut risque psychosocial constituée de 52 sujets, les profils d'attachements des enfants (également évalués par la Situation Etrange entre 12 et 18 mois), en l'absence d'intervention thérapeutique, se répartissaient comme suit : 56 % de sujets sécurisés, 27 % d'insécures évitants et 17 % d'insécures ambivalents-résistants. Cette population était légèrement défavorisée par rapport aux résultats obtenus pour la population générale, avec notamment une proportion plus importante d'attachement insécure évitant. (22)

Notre population présentait donc des taux élevés d'insécurité d'attachement (seulement 24,8 % d'attachement sécurisé, 23,2 % d'attachement ambivalent-résistant 19,2 % d'attachement évitant et 14,9 % d'attachement désorganisé) comparativement à la population générale mais aussi à une population à haut risque psychosocial, mettant en évidence la spécificité de la population pédopsychiatrique, dont les caractéristiques et les besoins se distinguent fortement de ceux d'une population à haut risque psychosocial et à laquelle elle n'est pas superposable. Quoique l'accumulation des risques psychosociaux constitue un facteur de risque indépendant de trouble pédopsychiatrique, la psychiatrie infanto-juvénile apparaît donc se distinguer d'une « psychiatrie du risque psychosocial » de l'enfant. Par ailleurs, la prise en compte de ces résultats nous conduit à considérer le bénéfice de concevoir des soins informés par l'attachement et de former les professionnels à ces enjeux.

A noter que dans notre étude, pour chaque tranche d'âge, 10 à 25 % des professionnels ne se prononçaient pas sur le profil d'attachement de l'enfant. Concernant ce taux relativement élevé de non-réponse, nous pouvons mentionner que les enjeux d'attachement ne sont pas enseignés de manière systématique dans les cursus de tous les professionnels intervenant dans les secteurs de PEA, ceux-ci pouvant donc exprimer une réserve à répondre sur un sujet qui leur est moins familier, et ce bien que les profils d'attachement aient été décrits brièvement dans le questionnaire.

La littérature concernant les jeunes enfants placés auprès de l'ASE révèle un taux de désorganisation d'attachement majeur, supérieur à celui de la population clinique de notre étude. La proportion d'enfants manifestant un attachement sécurisé apparaissait

cependant supérieure dans notre population clinique : parmi les enfants accueillis de moins de 30 mois, 46% présentaient un attachement sécurisé, 42% un attachement désorganisé, 8% un attachement ambivalent-résistant et 4% un attachement évitant (23–25)

- *Tentatives de suicide*

Concernant les antécédents de geste suicidaire, nous nous limiterons, pour le présent travail, à les resituer dans le contexte de la littérature.

4,7 % des sujets de notre population présentaient un ou plusieurs antécédents de tentatives de suicide. La littérature, et en particulier le rapport de la DREES mettait en évidence la problématique de santé publique que constituaient la prévention et la prise en charge des passages à l'acte suicidaires. Le Nord et le Pas-de-Calais montraient des taux de décès par suicide et de tentative de suicide particulièrement élevés par rapport à la moyenne nationale. Les auteurs du rapport mettaient en évidence un certain nombre de facteurs de risque : facteurs individuels (antécédents de tentative de suicide, problèmes de santé physiques ou psychiatriques), difficultés d'ordre socioéconomique, relationnel (isolement social) et sociétal (facilité d'accès aux moyens létaux, obstacles aux soins, couverture médiatique inappropriée du suicide, etc.) La population adolescente féminine était particulièrement vulnérable, puisque la littérature retrouvait une incidence de survenue de 39 tentatives de suicide pour 10000 entre 15 et 19 ans, ce qui correspond à une incidence plus élevée que pour toutes les autres tranches d'âge. L'un des axes de ce rapport se focalisait donc sur la prise en charge du risque suicidaire à l'adolescence, révélant que la mortalité par suicide pesait fortement dans la mortalité de cette tranche d'âge et que les tentatives de suicide s'inscrivaient différemment dans la psychopathologie féminine et masculine : « le mal de vivre et la souffrance des filles se traduisent par des plaintes et des atteintes à leur corps (douleurs, troubles alimentaires, scarifications, etc.), dont les tentatives de suicide sont une forme d'expression alors que les garçons extériorisent davantage leur souffrance par le recours à la force et à la violence (délinquance, alcoolisation, vitesse sur les routes, errance, etc.), dont les décès par suicide sont la forme ultime. » (26) Nous reviendrons sur cette dimension d'externalisation de la souffrance masculine. Plusieurs facteurs sociétaux étaient interrogés dans le cadre de la réflexion sur la vulnérabilité adolescente quant au suicide : exposition précoce aux médias prédisposant à l'anxiété et à la dépression, possible amplification des phénomènes suicidaires par les réseaux sociaux (« contagion »), atténuation de la fonction protectrice de la famille et exigence de performance accrue. Dans ce contexte, en termes de politique de santé publique, les actions de prévention ciblées pour un public adolescent, en particulier semblaient pertinentes, d'une part en milieu scolaire, d'autre part dans le cadre d'interventions proactives visant les jeunes déscolarisés et plus ou moins bien socialisés.

### **III. 3. Discussion des résultats des objectifs secondaires**

#### **III. 3. a. Premier objectif secondaire : caractéristiques sociodémographiques des enfants et adolescents reçus dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du Nord et du Pas-de-Calais**

- *Age des patients reçus*

D'après notre étude, la tranche d'âge la plus représentée dans les files actives sont les enfants en phase de latence (6-11 ans). En revanche, rapportée à leurs étendues respectives, c'est la tranche d'âge 3-5 ans qui domine celle des 6-11 ans (84 enfants reçus par année d'âge entre 3 et 5 ans pour 76 enfants par année d'âge entre 6 et 11 ans). Finalement, à partir de 3 ans, plus les patients sont jeunes et plus ils sont suivis. Les adolescents âgés de 12 à 17 ans constituent 23,9 % des mineurs reçus dans les secteurs de PEA du territoire étudié, (respectivement 18,6 % de 12-15 ans et 4,3 % de 16-17 ans). Les 0-2 ans y occupent une place marginale. Pour l'expliquer, on peut faire l'hypothèse d'une forte prise en charge de la petite enfance dans le secteur médicosocial (CAMSP) et social (PMI), de l'existence de dispositifs de périnatalité rattachés à la psychiatrie adulte, ou encore d'une moindre demande de soins.

Dans la littérature antérieure, l'étude de Cases et Salines objectivait, en 2000, une sur-représentation des classes d'âge 5-9 ans (41 %) et 10-14 ans (31 %), les 0-4 ans et les 15 ans et plus faisant moins l'objet de prises en charge (respectivement 15 % et 13 %) alors que dans la population générale, la répartition entre toutes les classes d'âge était homogène. Ces résultats sont globalement comparables avec nos données (46,9 % de 6-11 ans). Toutefois, les auteurs mettaient en avant une progression de la prise en charge des tout-petits et des adolescents, progression que nos données semblent contredire. (27)

Les pratiques de santé publique mettent l'accent sur le développement des secteurs pour adolescents et de périnatalité. Or, nos résultats attestent de la représentation majoritaire des 3-11 ans (72,9%) dans la file active. Il apparaît donc important de continuer à prendre en considération les besoins de cette tranche d'âge dans la conception des dispositifs de dépistage, de soins individuels et groupaux, ambulatoires et hospitaliers.

Les résultats de notre étude mènent par ailleurs à questionner la faible représentation des adolescents dans les dispositifs. En effet, l'adolescence constitue une période de fragilité structurelle, propice à l'émergence de nombreux troubles et symptômes psychiatriques : troubles dépressifs, troubles des conduites, hallucinations, troubles psychotiques... L'OMS estime entre 10 et 25% la proportion des adolescents qui sont affectés par un trouble mental. (28) Concernant le recours aux soins qui apparaît plus faible dans la population adolescente que chez les plus jeunes, rappelons que la consommation de soins résulte de facteurs propres à l'individu (perception de son propre état de santé et de son besoin de soin), eux-même influencés par des facteurs environnementaux : facteurs culturels, économiques, liés à l'entourage proche de la personne, à ses interlocuteurs médicaux et à l'organisation du système de santé. Aussi l'identification par une personne ou son entourage d'un besoin de soins ne suffit pas à ce qu'une démarche de soin soit effectivement entreprise. Le coût et la disponibilité des soins

– et la représentation de ceux-ci – influencent ce recours, mais également la stigmatisation du recours aux soins, fréquemment à l'oeuvre en santé mentale. Cet effet de la stigmatisation est majeur à la période de l'adolescence, en lien avec la fonction d'étayage narcissique et identitaire du groupe de pairs et de l'adhésion caricaturale aux valeurs du groupe. La quête d'appartenance au groupe semble alors mal s'accommoder de la reconnaissance de sa propre vulnérabilité, physique et a fortiori psychique. Par ailleurs, l'identification par l'entourage d'une souffrance psychique chez l'adolescent peut être entravée par la reconnaissance de symptômes dépressifs ou comportementaux à l'adolescence comme des phénomènes inhérents au processus adolescent. De fait, dans une approche dimensionnelle, la distinction entre ce qui relève ou non d'un processus psychopathologique gagne à être sans cesse requestionnée par les professionnels. Enfin, nous avons vu que l'offre de soins influence le recours aux soins, aussi peut-on s'interroger sur l'adéquation des dispositifs en PEA à l'accueil des adolescents et la manière de l'optimiser. (29) cité par (30)

- *Genre des patients reçus*

67,7 % de la population de notre recueil était de genre masculin, soit 209 garçons reçus pour 100 filles. Cette donnée est loin d'être nouvelle dans la littérature, puisque l'étude de Cases et Salines (27) objectivait déjà une sur-représentation des garçons avec 172 garçons pour 100 filles dans les secteurs en France en 1996. En 2000, le ratio s'était réduit pour les secteurs avec 144 garçons pour 100 filles, ce que les auteurs expliquaient en outre par une meilleure prise en charge des classes d'âge adolescentes où les recours des filles sont plus nombreux. Cet éclairage nous permet de faire le lien avec la sous-représentation des filles et avec celle des adolescents dans nos résultats. Notre ratio garçons/filles est plus déséquilibré qu'en 1996 et qu'en 2000 dans l'étude de Cases et Salines, ce qui interroge sur le dépistage de la souffrance psychique chez les filles et notamment chez les adolescentes et les manières de l'améliorer. En outre, on peut s'interroger sur l'intérêt d'actions de sensibilisation au dépistage de la souffrance psychique chez les adolescentes auprès des professionnels qui adressent le plus fréquemment des jeunes vers les dispositifs de PEA, et aussi vers les médecins généralistes, acteurs de soins primaires pourtant impliqués dans seulement 6 % des adressages en PEA dans notre étude.

Plusieurs hypothèses peuvent être formulées concernant la sur-représentation masculine en population clinique : vulnérabilité de la population masculine au regard de la souffrance psychique, tendance culturelle à accorder une attention supérieure aux garçons et à leur épanouissement, ou encore, hypothèse de loin la plus courante en PEA (31–33), expression genrée de la souffrance psychique avec une propension masculine à son externalisation, là où les filles présenteraient préférentiellement des troubles internalisés.

- *Mode de garde des patients reçus*

La population de l'étude était constituée très majoritairement (à 83,5%) d'enfants ou adolescents vivant au domicile de leurs deux parents. Nous détaillons plus bas les caractéristiques psychopathologiques en fonction du mode de garde.

- *Scolarisation*

Concernant la scolarité des patients reçus, on observait le maintien d'une scolarité ordinaire sans aménagement pour 56,5 % des enfants et adolescents reçus, au sujet de laquelle on peut faire plusieurs hypothèses : absence de nécessité d'aménagements (ou d'orientation spécialisée), révélant la compatibilité des troubles pédopsychiatriques avec une scolarité classique dans la majorité des cas ; aménagements en cours de demande ou de mise en place voire inadéquation entre les besoins et les mesures effectivement mis en place.

- *Protection de l'enfance*

Il existait d'une mesure en protection de l'enfance administrative ou judiciaire pour 24,4% des enfants et adolescents reçus dans les secteurs de PEA du Nord et du Pas-de-Calais. Il s'agit d'une proportion plus de dix fois supérieure à la population générale du groupe d'âge en France, puisque vingt mineurs pour mille étaient pris en charge en protection de l'enfance en France en 2016. (34) Cette sur-représentation des mineurs suivis en protection de l'enfance dans la file active de PEA était possiblement en lien avec le sur-risque d'insécurité d'attachement – elle-même facteur de risque de psychopathologie – dans la population d'enfants et adolescents bénéficiant d'une mesure de protection. Par ailleurs, on fait l'hypothèse que les enfants et adolescents relevant de la protection de l'enfance sont plus fréquemment orientés vers la PEA de secteur que vers les structures médicosociales ou le libéral au vu de la fréquente nécessité d'un travail pluridisciplinaire autour des situations d'enfants suivis en protection de l'enfance et présentant des troubles pédopsychiatriques, situations plus à risque de rupture du parcours (scolaire, d'accueil, de soins...) de par le sentiment d'impuissance ou le rejet suscités par la gravité des conduites externalisées et mises en danger et de par la mobilité géographique de ces jeunes au fil de leur parcours de placement.

- *Mode d'entrée dans les soins*

Quatre principaux intervenants étaient à l'origine des adressages en pédopsychiatrie, en proportions comparables : les parents, un professionnel médical ou paramédical autre que le médecin traitant, le milieu scolaire et le secteur social. Dans l'étude antérieure de Le Galudec (9), 42,2 % des demandes émanaient des familles et 29,1 % des médecins traitants. Les auteurs de cette étude, réalisée sur l'ensemble de la file d'attente d'un centre de consultation et non sur la population des enfants effectivement pris en charge, notaient un taux de prise en charge supérieur lorsque le jeune était adressé par un soignant, pouvant expliquer la moindre représentation des adressages par les familles (23,7%) dans notre population que dans la leur. Par ailleurs, concernant la faible représentation des adressages par les médecins traitants dans notre étude (6,2%), il est possible que les médecins traitants interviennent tout de même en échangeant avec les familles autour de l'adressage en pédopsychiatrie sous la forme d'un conseil, dans une forme de consensus entre la famille et le médecin traitant sur la demande de soins pour l'enfant, et que cela ne soit systématiquement rapporté. On peut également postuler qu'une partie des demandes adressées par l'entourage de l'enfant aux médecins généralistes soient contenues par l'existence d'un suivi en médecine générale et

n'aboutissent pas à une demande de soin spécialisée. Enfin, la sous-densité des médecins généralistes de notre région peut être impliquée dans ce résultat.

### **III. 3. b. Deuxième objectif secondaire : caractéristiques psychopathologiques en fonction de l'âge**

La prévalence des troubles des conduites motrices, des troubles développementaux (langage, communication et relation) et à expression instinctuelle (fonction oroalimentaire et sphinctérienne) dans la petite enfance (3-5 ans) est concordante avec les étapes du développement psychoaffectif. D'autres modalités d'expression de la souffrance psychique, internalisées (troubles de l'humeur, autoagressivité) et externalisées (conduites antisociales) émergeaient à l'âge scolaire et se poursuivaient à l'adolescence. L'anxiété et les troubles du sommeil étaient ubiquitaires.

Les résultats suivants, concernant l'incidence des troubles externalisés et internalisés en fonction de l'âge, du genre et du mode de garde, étaient uniquement descriptifs et ne faisaient pas l'objet d'analyses statistiques permettant d'affirmer leur significativité.

Nous observons par ailleurs la décroissance de la fréquence des troubles externalisés à mesure de l'avancée en âge, régulière entre les tranches d'âge 3-5 ans (67%) et 16-17 ans (26,2%). Cette évolution était en accord avec les étapes du développement psychoaffectif et la progression des facultés d'élaboration psychique, le processus de pensée revêtant une fonction pare-excitatrice (35) et rendant progressivement disponibles d'autres modes d'expression que l'agir. La proportion de troubles internalisés tendait vers la stabilité entre 3 et 15 ans (entre 70 et 75%) et s'élevait à 85,7 % chez les 16-17 ans, corrélativement à la décroissance des troubles externalisés.

Ces résultats rejoignent ceux de la littérature, qui mettait en évidence une expression préférentielle des troubles externalisés entre 2 et 4 ans avant de décroître progressivement en fréquence et en intensité pendant l'enfance. Les auteurs de la littérature décrivaient par ailleurs une relative stabilité de ces troubles dans le temps : la survenue de troubles internalisés prédisait leur récurrence ultérieure dans 80 % des cas alors que les troubles externalisés récidivaient dans 71 % des cas. La survenue d'un trouble internalisé ou externalisé prédisait la récurrence de l'un ou l'autre de ces troubles dans 89 % des cas. (36)

### **III. 3. c. Troisième objectif secondaire : caractéristiques psychopathologiques en fonction du genre**

Nos résultats faisaient apparaître une fréquence significativement plus élevée de troubles développementaux (troubles du langage, les troubles de la communication et de la relation) et de perturbations des conduites motrices dans la population masculine, ce qui mettait l'accent sur la nécessité d'une vigilance et d'un dépistage particuliers dans la population masculine, notamment en milieu scolaire, concernant ces troubles (et notamment les perturbations développementales, les troubles des conduites motrices étant généralement suffisamment « bruyantes » pour un adressage rapide aux dispositifs de soins). Les tentatives d'autolyse et gestes autoagressifs étaient par ailleurs deux fois

plus fréquents chez les filles que chez les garçons dans notre échantillon ( $p=0,001$ ) alors que, pour l'ensemble des troubles internalisés, ce sont les garçons qui tendaient à en manifester plus fréquemment (76 % contre 68 % chez les filles).

Pour les autres catégories de symptômes, les différences en fonction du genre n'étaient pas significatives, aussi la clinique féminine et masculine présentait-elle également de nombreuses formes communes. Notamment, la propension à l'anxiété était équivalente dans les deux groupes, présente chez 42 % des enfants et adolescents reçus. Ces résultats différaient avec ceux de Le Galudec (9) qui retrouvait 24,7 % de symptômes anxieux chez les filles versus 13,9 % pour les garçons). Cette différence peut s'expliquer par le fait que l'étude de Le Galudec explorait le motif principal de la demande. Aussi les filles apparaissent-elles être plus fréquemment amenées à la consultation au motif de leur anxiété. Pourtant, lorsqu'on considère la symptomatologie principale, les troubles anxieux sont aussi représentés dans les deux genres. Le sex ratio pour notre item trouble des conduites motrices ( $H/F = 1,9$ ) équivalait à celui de l'étude de Le Galudec pour les troubles du comportement ( $H/F = 2$ ).

Dans notre population clinique, les garçons présentaient plus fréquemment des troubles externalisés (62% contre 41 % des filles : sex ratio  $H/F = 1,5$ ), soit une tendance à la surexpression de troubles externalisés chez les garçons qui demeurerait relativement faible. La littérature antérieure mettait effectivement en évidence une expression de troubles externalisés plus fréquente, plus intense (31,32,37) et plus prolongée durant le développement (33) chez les garçons.

En revanche, plusieurs articles notaient une vulnérabilité des filles aux troubles internalisés par rapport aux garçons, en particulier dans la petite enfance et à l'adolescence (37–39), ce que notre étude ne mettait pas en évidence puisque les garçons tendaient, nous l'avons vu, à exprimer légèrement plus de troubles internalisés que les filles (76 % contre 68 %).

### **III. 3. d. Quatrième objectif secondaire : caractéristiques psychopathologiques en fonction du mode de garde**

Il existait, dans la littérature internationale récente, un vif débat autour de la supériorité de la garde principale par un parent ou de la garde alternée de l'enfant dans les fréquentes situations de séparation parentale (en France, 45 % des couples mariés se séparent). La garde alternée était plébiscitée par certaines études (40) en vertu de sa propension à mobiliser également les deux parents auprès de l'enfant, lui permettant de bénéficier des ressources financières et sociales de chacun d'entre eux et favorisant également l'entente coparentale. D'autres montraient que ce bénéfice sur les autres modes de garde en cas de séparation parentale ne persistait pas après ajustement des résultats sur certains paramètres comme le niveau de conflit : les bénéfices de la garde alternée seraient annulés en cas de niveau de conflictualité élevée entre les parents séparés (41,42). Les travaux autour de l'attachement de l'enfant, en particulier entre 0 et 3 ans, mettaient en avant la séparation fréquente avec la figure d'attachement principale – fréquemment la mère – comme facteur de risque de développer un attachement insécure avec celle-ci et, à long terme, un retentissement défavorable sur le profil d'attachement de l'individu et donc sur ses capacités relationnelles et de régulation émotionnelle (43,44).

Ces travaux alimentaient une polémique sociétale forte qui tendait à opposer, d'une part, les auteurs en faveur d'une judiciarisation plus large des questions de résidence de l'enfant, en appui sur « les services de médiation et sur les professionnels du développement de l'enfant » (45) et de l'éviction du caractère systématique des décisions judiciaires de garde alternée lorsqu'un des parents la demandait et, d'autre part, les tenants d'un positionnement sociétal promouvant la place des pères dans la structure familiale, qui dépassait le cadre des situations des séparations parentales (plusieurs pays européens légiféraient récemment dans le sens d'une meilleure reconnaissance du congé paternité) et rejoignait la question de l'égalité hommes-femmes.

Il s'agissait donc de bien distinguer les situations où la garde alternée faisait l'objet d'un consensus entre les deux parents et celles où ce mode de garde était imposé à l'un des parents, avec un niveau de conflictualité supérieur et une moindre alliance coparentale, facteurs pouvant contribuer à un effet délétère de la garde alternée comme de tout autre mode de garde.

L'interprétation de nos résultats vise à décrire la variation des caractéristiques psychopathologiques en fonction de l'environnement de vie de l'enfant, et ne prétend pas apporter d'élément de réponse à cette question complexe. Par ailleurs, une limite évidente de notre étude était l'absence de résultats stratifiés sur l'âge (notamment avant et après 3 ans) concernant les caractéristiques psychopathologiques en fonction du mode de garde.

On notait, dans le groupe des enfants et adolescents résidant en dehors du domicile parental, une proportion significativement plus importante de conduites antisociales et de conduites sexuelles inappropriées, alors que les patients de la file active résidant chez leurs deux parents consultaient présentaient significativement plus de troubles développementaux (troubles du langage, de la communication et de la relation ; cette tendance était également retrouvée de manière non significative pour les troubles des apprentissages scolaires), qui constituaient donc un motif d'adressage plus fréquent pour les enfants vivant au domicile des deux parents. Là encore, l'anxiété était ubiquitaire (pas de différence significative entre les groupes).

Les troubles internalisés, dont la proportion était relativement stable entre les groupes (entre 70 et 77%), apparaissait comme un facteur indépendant du mode de garde des enfants et adolescents en population clinique. En revanche, les patients vivant en dehors du domicile montraient une tendance à exprimer plus de troubles externalisés. Pour l'expliquer, on peut faire l'hypothèse d'une proportion supérieure de désorganisation et d'insécurité d'attachement, facteur qui tend à favoriser l'émergence de troubles externalisés, comme nous allons l'évoquer ci-après.

### **III. 3. e. Cinquième objectif secondaire : caractéristiques psychopathologiques en fonction du profil d'attachement**

Les données de la littérature objectivaient une association entre l'insécurité d'attachement et les troubles externalisés, a fortiori chez les garçons, et entre insécurité d'attachement et troubles internalisés pour les deux genres. L'association entre insécurité et troubles internalisés était encore plus forte lorsqu'il existait des troubles externalisés associés. (11)

Dans notre étude, la proportion de troubles internalisés montrait effectivement une forte tendance à la surexpression dans tous les groupes de patients insécures (ils concernaient 86% des patients évitants, 81,4% des désorganisés et 77,8 % des ambivalents-résistants) par rapport aux patients sécures (dont 55 % exprimaient un trouble internalisé). Les troubles externalisés étaient très nettement surexprimés dans les groupes de patients insécures (66,9% des patients désorganisés, 61,8 % des ambivalents et 59,1 % des patients évitants) par rapport aux patients sécures (39,6%).

## Conclusion

Cette étude exploratoire, visant à caractériser la file active des secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du Nord et du Pas-de-Calais, mettait en relief la prépondérance des troubles des conduites motrices, qui renvoyaient à un motif d'adressage fréquent en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, celui des « troubles du comportements », ainsi que des troubles de la sphère affective (troubles anxieux et troubles de l'humeur, et enfin des troubles développementaux (troubles de la communication et de la relation, du langage et des apprentissages scolaires). Ces résultats contribuaient à inscrire la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans une pratique intégrant les enjeux développementaux et la prise en considération de l'expression affective et émotionnelle de la souffrance psychique, en appui sur les demandes formulées par les parents et divers partenaires de soins socioéducatifs et sanitaires, notamment autour de comportements inadaptés. Il s'agissait donc d'un travail de transformation d'une plainte sociale et sa réinterprétation du côté d'une souffrance individuelle dans la pluralité de ses modalités expressives.

Concernant les troubles externalisés et internalisés, on remarquait la fréquente association cormorbide des deux composantes. On notait la prépondérance des troubles internalisés, qui amenait à nuancer le constat de l'étude de Le Galudec de l'avènement des troubles externalisés comme nouvelle modalité d'expression préférentielle de la souffrance psychique dans l'enfance et l'adolescence (9), et ce bien que la fréquence des troubles externalisés objectivés en population clinique soit préoccupante. Dans notre étude, les troubles externalisés tendaient à s'exprimer plus fréquemment chez les enfants jeunes, chez les garçons, chez les enfants et adolescents vivant en dehors du domicile familial et chez ceux présentant un attachement désorganisé. Les troubles internalisés, qui s'exprimaient massivement, semblaient moins dépendants des facteurs environnementaux correspondant aux caractéristiques socioéconomiques que les troubles externalisés, en accord avec la littérature mettant en évidence la variabilité d'expression des troubles externalisés et en particulier du TDA/H en fonction du contexte environnemental (niveau socioéconomique des parents, âge de la mère, mère élevant seul son garçon, parents souffrant de troubles mentaux, maltraitance, exposition excessive à la télévision entre un et trois ans). (46)

L'insécurité d'attachement était sur-représentée dans notre étude, à la fois par rapport à la population générale mais également par rapport à une population à haut risque psychosocial, ce qui affirmait la spécificité de la population pédopsychiatrique et de ses besoins de soins, lesquels gagnaient à prendre en compte les enjeux d'attachement dans l'intervention auprès des enfants mais également des parents (présentant eux-

mêmes vraisemblablement une tendance à l'insécurité au vu de la transmission transgénérationnelle des modalités d'attachement).

Concernant les caractéristiques sociodémographiques, les enfants et adolescents reçus vivaient majoritairement chez leurs deux parents et plus de la moitié d'entre eux étaient scolarisés en milieu ordinaire sans aménagement. Un quart d'entre eux bénéficiaient d'une mesure en protection de l'enfance, soit une large sur-représentation par rapport à la population générale. Une étude ultérieure pourrait également étudier les caractéristiques psychopathologiques en fonction de la place des patients dans leur fratrie (la littérature antérieure faisant mention d'une sur-représentation des jumeaux dans les files actives).

Concernant les rapports entre la psychopathologie étudiée et les paramètres sociodémographiques (âge, genre et mode de garde), une possibilité de recherche ultérieure sur la même base de données pourrait être, en renversant la méthodologie que nous avons choisie pour le présent travail, l'étude de la répartition des catégories d'âge, de genre et de mode de garde parmi la population de jeunes présentant des troubles externalisés et parmi ceux présentant des troubles internalisés.

Les résultats de cette étude pouvaient servir à la formulation d'hypothèses de travail pour des études ultérieures en région reposant éventuellement sur un recueil diagnostique standardisé adapté à la tranche d'âge concernant la psychopathologie infanto-juvénile (type MINI KID ou, pour les troubles internalisés et externalisés, ASEBA, CBCL ou TRF). De plus, la mise en relation des résultats d'études épidémiologiques ultérieures en région avec nos résultats pourront permettre une analyse de l'évolution chronologique de la psychopathologie infanto-juvénile et des caractéristiques sociodémographiques de la population. Enfin, la communication des résultats pour l'ensemble des deux départements et la restitution à chaque chef de pôle des résultats de son secteur seront à même d'impliquer les acteurs de terrain dans une démarche de recherche clinique et de réflexion partagée sur l'orientation des dispositifs de soins.

## Bibliographie

1. ORSPERE SAMDARRA, J-F. Bauduret. Chronique sur 35 ans de sectorisation psychiatrique : 1960-1995 [Internet]. Site Internet du ORSPERE SAMDARRA. [cité 11 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n9-la-psychiatrie-publique-en-question-2eme-volet-un-heritage-a-reinventer/chronique-sur-35-ans-de-sectorisation-psychiatrique-1960-1995-1271.html>
2. ORSPERE SAMDARRA, H. Strohl. Pour une psychiatrie au service du public [Internet]. Site Internet du ORSPERE SAMDARRA. [cité 12 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n10-la-psychiatrie-publique-en-questions/pour-une-psychiatrie-au-service-du-public-1296.html>
3. Ferrari P, Bonnot O. Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Lavoisier ; 2013.
4. SAMDARRA O. Le modèle bio-psycho-social [Internet]. Site Internet du ORSPERE SAMDARRA. [cité 11 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n9-la-psychiatrie-publique-en-question-2eme-volet-un-heritage-a-reinventer/le-modele-bio-psycho-social-1274.html>
5. SAMDARRA O, A. Golse, L. Boceno. La psychiatrie aux risques de la santé [Internet]. Site Internet du ORSPERE SAMDARRA. [cité 12 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n9-la-psychiatrie-publique-en-question-2eme-volet-un-heritage-a-reinventer/la-psychiatrie-aux-risques-de-la-sante-1277.html>
6. SAMDARRA O, P. Brétécher. Le paradigme fondateur du secteur : le désaliénisme, à contre-courant [Internet]. Site Internet du ORSPERE SAMDARRA. [cité 12 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n9-la-psychiatrie-publique-en-question-2eme-volet-un-heritage-a-reinventer/le-paradigme-fondateur-du-secteur-le-desalienisme-a-contre-courant-1270.html>
7. F2RSM. Données du RIM-P pour 2011 et 2017. Lille; 2018.
8. V. Chebat. La pédopsychiatrie publique en chiffres. Lett API. 2014;(37).
9. Le Galudec M, Richard Y, Saint-André S, Garlantézec R, Lazartigues A. Les demandes de consultation en pédopsychiatrie : étude descriptive sur cinq années dans un service universitaire. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 janv 2011;59(1):1-7.
10. Cicchetti D, Natsuaki MN. Multilevel developmental perspectives toward understanding internalizing psychopathology: Current research and future directions. *Dev Psychopathol.* nov 2014;26(4pt2):1189-90.
11. Achenbach TM, Ivanova MY, Rescorla LA, Turner LV, Althoff RR. Internalizing/Externalizing Problems: Review and Recommendations for Clinical and Research Applications. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1 août 2016;55(8):647-56.
12. Edwards RC, Hans SL. Infant risk factors associated with internalizing, externalizing, and co-occurring behavior problems in young children. *Dev Psychol.* avr 2015;51(4):489-99.
13. Gilliom M, Shaw DS. Codevelopment of externalizing and internalizing problems in early childhood. *Dev Psychopathol.* 2004;16(2):313-33.
14. Fanti KA, Henrich CC. Trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems from age 2 to age 12: findings from the National Institute of Child Health and Human Development Study of Early Child Care. *Dev Psychol.* Sept 2010;46(5):1159-75.
15. Nivard MG, Lubke GH, Dolan CV, Evans DM, <sup>33</sup> Pourcain B, Munafò MR, et al. Joint developmental trajectories of internalizing and externalizing disorders between childhood and adolescence. *Dev Psychopathol.* 2017;29(3):919-28.

16. Achenbach, Rescorla. Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles. University of Vermont Research Center for Children, Youth and Families. Burlington; 2001.
17. Achenbach, Rescorla. Manual for the ASEBA Preschool Forms and Profiles. University of Vermont Research Center for Children, Youth and Families. Burlington; 2000.
18. Willner CJ, Gatzke-Kopp LM, Bray BC. The dynamics of internalizing and externalizing comorbidity across the early school years. *Dev Psychopathol.* 2016;28(4pt1):1033-52.
19. Keiley MK, Bates JE, Dodge KA, Pettit GS. A Cross-Domain Growth Analysis: Externalizing and Internalizing Behaviors During 8 Years of Childhood. *J Abnorm Child Psychol.* 1 avr 2000;28(2):161-79.
20. Achenbach TM. The classification of children's psychiatric symptoms: a factor-analytic study. *Psychol Monogr.* 1966;80(7):1-37.
21. Guédeney N, Guédeney A. L'attachement : Approche Théorique [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2016 [cité 6 août 2019]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/book/9782294745201/lattachement-approche-theorique>
22. Tereno S, Guedeney N, Dugravier R, Greacen T, Saïas T, Tubach F, et al. Sécurité de l'attachement des jeunes enfants dans une population française vulnérable. *L'Encéphale.* avr 2017;43(2):99-103.
23. Stovall KC, Dozier M. The development of attachment in new relationships: single subject analyses for 10 foster infants. *Dev Psychopathol.* 2000;12(2):133-56.
24. Bernier & Dozier. Bridging the attachment transmission gap: The role of maternal mind-mindedness. *Int J Behav Dev* [Internet]. 2003 [cité 22 août 2019];27(4). Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01650250244000399>
25. Bernier A, Ackerman JP, Stovall-McClough KC. Predicting the quality of attachment relationships in foster care dyads from infants' initial behaviors upon placement. *Infant Behav Dev.* 1 oct 2004;27(3):366-81.
26. DREES, Desprat et Ulrich. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence - 3e rapport / février 2018 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2018 [cité 12 août 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/suicide-enjeux-ethiques-prevention-singularites-suicide-adolescence>
27. Cases C, Salines E. Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage. *Rev Francaise Aff Soc.* 2004; (1):181-204.
28. WHO. OMS | Adolescents: risques sanitaires et solutions [Internet]. [cité 3 août 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
29. Coldefy M, Fur PL, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. Une mise en perspective de l'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale. *Prat Organ Soins.* 2009;Vol. 40(3):197-206.
30. Blond. Retour d'expérience du dispositif EO#ADO visant l'amélioration de l'accès aux soins des adolescents [Internet]. [Lille]: Université Lille 2; 2018. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-10179>
31. Dodge KA, Coie JD, Lynam D. Aggression and Antisocial Behavior in Youth. In: *Handbook of Child Psychology* [Internet]. American Cancer Society; 2007 [cité 25 août 2019]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9780470147658.chpsy0312>
32. Juliano M, Stetson Werner R, Wright Cassidy K. Early correlates of preschool aggressive behavior according to type of aggression and measurement. *J Appl Dev Psychol.* 1 sept 2006;27(5):395-410.
33. Sentse M, Kretschmer T, de Haan A, Prinzie P. Conduct Problem Trajectories Between Age 4 and 17 and Their Association with Behavioral Adjustment in Emerging Adulthood. *J Youth Adolesc.* 2017;46(8):1633-42.

34. ONPE. Les chiffres clés en protection de l'enfance | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet]. 2016 [cité 14 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.onpe.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance>
35. Golse B. Naissance de la pensée et aléas de son développement. *Inf Psychiatr.* 2006;Volume 82(9):713-21.
36. Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Bosson-Heenan J, Guyer AE, Horwitz SM. Are infant-toddler social-emotional and behavioral problems transient? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* juill 2006;45(7):849-58.
37. Bongers IL, Koot HM, van der Ende J, Verhulst FC. The normative development of child and adolescent problem behavior. *J Abnorm Psychol.* mai 2003;112(2):179-92.
38. Carter AS, Godoy L, Wagmiller RL, Veliz P, Marakovitz S, Briggs-Gowan MJ. Internalizing trajectories in young boys and girls: the whole is not a simple sum of its parts. *J Abnorm Child Psychol.* janv 2010;38(1):19-31.
39. Sterba SK, Prinstein MJ, Cox MJ. Trajectories of internalizing problems across childhood: heterogeneity, external validity, and gender differences. *Dev Psychopathol.* 2007;19(2):345-66.
40. Bauserman R. Child adjustment in joint-custody versus sole-custody arrangements: a meta-analytic review. *J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div 43.* mars 2002;16(1):91-102.
41. Lee MY. A Model of Children's Postdivorce Behavioral Adjustment in Maternal- and Dual-Residence Arrangements. *J Fam Issues.* 1 juill 2002;23(5):672-97.
42. Maccoby EE, Depner CE, Mnookin RH. Coparenting in the Second Year after Divorce. *J Marriage Fam.* 1990;52(1):141-55.
43. Berger M, Ciccone A, Guédeney N, Rottman H. La résidence alternée chez les enfants de moins de six ans: une situation à hauts risques psychiques. *Devenir.* 2004;Vol. 16(3):213-28.
44. Solomon J, George C. The development of attachment in separated and divorced families. *Attach Hum Dev.* 1 avr 1999;1(1):2-33.
45. Marcelli D, Bourrat M. Séparation parentale et mode de garde. [Internet]. [cité 14 sept 2019]. Disponible sur: <https://sfpeada.fr/separation-parentale-et-mode-de-garde-sfpeada-fnepe/>
46. Gonon F, Guilé J-M, Cohen D. Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : données récentes des neurosciences et de l'expérience nord-américaine. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 août 2010;58(5):273-81.
47. Acquaviva É. 2 - Pharmacoépidémiologie et pédopsychiatrie. In: Bailly D, Mouren M-C, éditeurs. *Les prescriptions médicamenteuses en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2007 [cité 3 août 2019]. p. 12-21. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294701962500026>
48. Walkup J. Practice Parameter on the Use of Psychotropic Medication in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1 sept 2009;48(9):961-73.
49. SAMDARRA O, T. Rochet. Le recours à l'hospitalisation doit rester rare dans le parcours de l'adolescent [Internet]. Site Internet du ORSPERE SAMDARRA. [cité 13 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.ch-levinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n38-pourquoi-les-adolescents-inquietent-ils-les-adultes/le-recours-a-lhospitalisation-doit-rester-rare-dans-le-parcours-de-ladolescent-2020.html>

# Annexes

## Annexe 1 : notice d'aide au remplissage

**Cher professionnel,**

Vous avez accepté de participer à notre étude visant à préciser les caractéristiques des jeunes suivis en pédopsychiatrie, bénéficiant ou non d'un suivi en protection de l'enfance, et nous vous en remercions.

Voici en quelques lignes les informations pouvant vous aider dans le remplissage des questionnaires :

questionnaire en ligne à remplir en 5 à 10mn par chaque soignant de CMP-CATTP-HDJ qui reçoit des mineurs la journée du 28 mars 2019

- questionnaire anonyme pour le professionnel et pour le patient
- rempli après chaque rendez-vous individuel ou pour chaque enfant participant à un groupe en CMP-CATTP ou à une journée d'HDJ le 28 mars (un questionnaire par enfant sur la journée)
- le questionnaire reste en ligne jusqu'au jeudi 4 avril inclus pour pouvoir le remplir en différé jusqu'à 7 jours après la prise en charge du jeune
- pour tous les enfants reçus et pas seulement ceux bénéficiant d'une mesure ASE
- tranche d'âge concernée : 0-17 ans
- aucune question supplémentaire à poser au patient ou à sa famille pendant la consultation
- pour chaque question figure une option « je ne sais pas »
- identifiez votre référent d'unité, c'est lui qui pourra nous transmettre vos questions éventuelles sur la passation du questionnaire
- ne pas remplir de questionnaire pour :  
les consultations en urgence ou sans rendez-vous (seulement les actes programmés)  
les enfants programmés mais non venus
- concernant le suivi en protection de l'enfance, le questionnaire concerne seulement les mesures actuelles (pas les mesures révolues)
- les questions obligatoires sont marquées d'une astérisque rouge, vous pouvez passer les autres si elles ne s'appliquent pas

## **Annexe 2 : questionnaire**

Etude épidémiologique en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent - **Questionnaire**

### **CARACTERISTIQUES DU PROFESSIONNEL REpondANT**

1. Vous êtes :  
pédopsychiatre ou psychiatre  
interne  
psychologue clinicien  
neuropsychologue  
psychomotricien-ne  
orthophoniste  
infirmier-ère-  
éducateur-trice  
assistant-e social-e  
autre

2. Dans quelle structure exercez-vous?

CMP	CATTP	HDJ	autre
-----	-------	-----	-------

3. Dans quel secteur exercez-vous?

### **CARACTERISTIQUES DU PATIENT**

4. Quel est l'âge de l'enfant / adolescent?

- moins de 3 ans  
3 à 5 ans  
6 à 11 ans  
12 à 15 ans  
16 - 17 ans  
ne sait pas

5. Quel est le genre de l'enfant?

féminin	masculin	autre
---------	----------	-------

6. Pour les enfants et adolescents en âge scolaire, est-il scolarisé?

- non  
oui, en milieu ordinaire  
oui, en milieu ordinaire avec aménagements scolaires (dont AVS)  
oui, en milieu adapté (IME, ITEP, SEGPA...)  
ne sait pas

7. Si oui, existe-t-il un absentéisme scolaire ? (4 demi-journées par mois ou plus)

oui	non	ne sait pas
-----	-----	-------------

8. Quel est le statut juridique de l'enfant / adolescent ?

autorité parentale des deux parents

autorité parentale d'un seul parent

retrait partiel (provisoire) de l'autorité des deux parents

retrait total (définitif) de l'autorité des deux parents : pupille de l'état

jeune émancipé

ne sait pas

9. Concernant son mode de garde :

il vit chez ses deux parents

garde alternée : il vit également chez l'un puis l'autre de ses deux parents

garde principale par un parent, droits de visite honorés par l'autre parent

garde exclusive, droits de visite non honorés par l'autre parent

il vit en dehors du domicile parental

ne sait pas

10. En cas de parents séparés, ce mode de garde est-il judiciairisé?

oui	non	ne sait pas
-----	-----	-------------

11. Concernant les stress psychosociaux, l'enfant / adolescent a-t-il vécu :

la perte d'une figure d'attachement (adulte répondant à ses besoins de proximité et de sécurité)

une séparation précoce et/ou une adoption

une séparation du couple parental

l'adaptation à un nouvel environnement

aucun de ces événements

ne sait pas

12. Concernant la maltraitance, l'enfant / adolescent a-t-il vécu :

des négligences lourdes (défaut chronique d'alimentation, de protection physique ou émotionnelle ou de soins médicaux)

des violences physiques

des violences sexuelles

des violences psychologiques (menaces, intimidation, isolement, exigences déraisonnables, exposition à la violence notamment conjugale)

aucun de ces événements

ne sait pas

## MODALITES DE SUIVI

13. Le jeune est adressé en pédopsychiatrie par :  
médecin traitant  
autre professionnel (para-)médical  
professionnel du secteur social (UTPAS ou MDS, PMI...)  
milieu scolaire  
parent(s)  
autre personne de l'entourage  
lui-même  
ne sait pas

14. A-t-il un médecin traitant ?

oui	non	ne sait pas
-----	-----	-------------

15. A-t-il un dossier auprès de la MDPH ?

oui	non	ne sait pas
-----	-----	-------------

16. Le jeune bénéficie-t-il d'un suivi avec :

	non	moins d'une fois par mois	1 à 2 fois par mois	1 à 2 fois par semaine	> 2 fois par semaine	oui, fréquence inconnue	ne sait pas
psychiatre							
interne							
psychologue clinicien-ne							
neuropsychologue							
psychomotricien-ne							
orthophoniste							
infirmier-ère							
éducateur-trice							
assistant-e social-e							

17. Reçoit-il un traitement psychotrope, même prescrit si besoin?

oui	non	ne sait pas
-----	-----	-------------

18. A-t-il déjà été hospitalisé à temps complet pour un motif pédopsychiatrique ?

oui, hospitalisation ponctuelle  
oui, hospitalisation séquentielle  
non  
ne sait pas

## CLINIQUE DU PATIENT

19. Cotation CIM 10 : *réponse en texte libre*

20. Symptomatologie actuelle principale (plusieurs réponses possibles)

trouble du sommeil  
trouble de la sphère oroalimentaire  
trouble sphinctérien (énurésie, encoprésie)  
trouble des conduites motrices (tics, stéréotypies, instabilité, trouble hyperkinétique, retard de développement psychomoteur, inhibition, maladresse)  
conduites sexuelles inappropriées  
mensonges, vols, fugues, conduites hétéro-agressives, mises en danger  
auto-agressivité, tentative de suicide ou équivalent suicidaire  
consommation de substances psychoactives  
trouble du langage  
trouble de la communication et de la relation (retrait relationnel, évitement du regard...)  
trouble des apprentissages scolaires (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie...)  
anxiété (phobies, obsession, anxiété de séparation, somatisation anxieuse...)  
trouble de l'humeur  
symptomatologie hallucinatoire ou délirante  
ne sait pas  
autre...

21. Comment définiriez vous son profil d'attachement de l'enfant/adolescent (vécu affectif dans la relation à l'autre) ?

Sécure : une sécurité interne et une estime de soi confiante sont acquis, la régulation des émotions est en accord avec l'âge

Évitant : proximité affective vécue comme menaçante et pauvreté de l'expression des affects

Ambivalent/résistant : incapacité à utiliser l'adulte de confiance comme base de sécurité, anxiété face à la séparation et à l'exploration avec comportements ambivalents lors des retrouvailles

Désorganisé : absence de discrimination entre les adultes de confiance et les inconnus. Attitudes contradictoires à la recherche de réconfort entre fusion et crainte de l'adulte. Absence de stratégie cohérente face au stress

Ne sait pas

22. A-t-il déjà fait une tentative de suicide?

oui	non	ne sait pas
-----	-----	-------------

## SUIVI PAR L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE

23. Le jeune bénéficie-t-il actuellement d'une mesure de protection ?

oui, mesure administrative

oui, mesure judiciaire

non

ne sait pas

—> **NON OU NE SAIT PAS : FIN DU QUESTIONNAIRE**

23.a. Si oui, de quel type de mesure s'agit-il?

- mesure ordonnée judiciairement mais non encore effective
- Suivi au domicile (IEAD ou AEMO)
- placement en famille d'accueil
- placement en foyer
- placement chez un tiers digne de confiance
- placement à domicile
- autre
- ne sait pas

23. b. Depuis combien de temps la mesure actuelle est-elle en cours?

- moins de six mois
- 6M à 2 ans
- plus de 2 ans
- ne sait pas

23. c. S'il s'agit d'une mesure de placement, combien de lieux d'accueil a-t-il eu depuis le début de la mesure?

- un seul
- deux ou trois
- quatre ou plus
- ne sait pas

23. d. Quel est le motif principal de la mesure?

- violences physiques
- violences psychologiques
- violences sexuelles
- négligences lourdes
- conditions d'éducation compromises
- précarité financière ou absence de logement
- autre
- ne sait pas

23. e. Si l'enfant ou adolescent est / a été placé, l'a-t-il été avant l'âge de 1 an?

oui	non	ne sait pas
-----	-----	-------------

### **Annexe 3 : Résultats annexes : modalités de prise en charge des enfants et adolescents reçus dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du Nord et du Pas-de-Calais**

#### **■ Modalités de suivi**

Les modalités de suivi au moment du recueil étaient détaillées dans le tableau suivant :

<b>Catégorie professionnelle</b>	<b>Oui (existence d'un suivi) : nombre de sujets (%)</b>	<b>Non (absence de suivi) : nombre de sujets (%)</b>	<b>Ne sait pas : nombre de sujets (%)</b>	<b>Absence de réponse (%)</b>
(Pédo) psychiatre	632 (65,2%)	333 (34,3%)	4 (0,4%)	0
Psychologue clinicien-ne	452 (46,6%)	514 (53%)	2 (0,2%)	1 (0,1%)
Psychomotricien-ne	429 (44,3%)	529 (54,6%)	11 (1,1%)	0
Infirmier-ère	415 (42,8%)	547 (56,4%)	7 (0,7%)	0
Orthophoniste	381 (39,3%)	565 (58,3%)	23 (2,4%)	0
Educateur-trice	327 (33,7%)	635 (65,5%)	7 (0,7%)	0
Assistant-e social-e	307 (31,7%)	624 (64,4%)	35 (3,6%)	0
Interne	49 (5%)	912 (94,1%)	6 (0,6%)	8 (0,8%)
neuropsychologue	27 (2,8%)	915 (94,4%)	17 (1,7%)	10 (1%)

En moyenne, 4 catégories professionnelles étaient impliquées dans la prise en charge de chaque patient.

#### **■ Traitement psychotrope**

145 des patients reçus (15%) recevaient un traitement psychotrope, même administré si besoin, au moment du recueil, alors que 800 patients n'en recevaient pas (82,6%). Pour 24 réponses (2,5%), le professionnel ne se prononçait pas.

La proportion d'enfants et adolescents recevant ou ayant reçu un traitement médicamenteux dans notre population (15 %) représentait un taux important au regard de travaux antérieurs attestant que la prescription d'antipsychotiques était inférieure à 0,5 % en population pédopsychiatrique, que celle d'antidépresseurs (essentiellement ISRS) était de l'ordre de 0,5 % chez les moins de 14 ans ou encore que celle de psychostimulants était de 2,9 % chez les garçons de moins de 19 ans. (47). On peut faire plusieurs hypothèses quant à ce taux de prescription élevé : la première hypothèse stipulerait que la majorité des antécédents de traitement médicamenteux relevait d'une « simple » anxiolyse médicamenteuse plus ou moins ponctuelle. On peut également s'interroger sur des caractéristiques diagnostiques et besoins de soins spécifiques dans les deux départements étudiés par rapport à la population nationale, avec une prescription médicamenteuse plus souvent nécessaire, ou encore sur des pratiques de prescription différentes. L'AACAP rappelle que l'usage d'un seul agent pharmacologique, pour une courte durée, est indiqué dans la prise en charge des troubles psychiatriques suivants : TDAH, épisode dépressif majeur, trouble bipolaire à début précoce, trouble obsessionnel

compulsif, anxiété de séparation, phobie sociale, trouble anxieux généralisé, tics, autisme, troubles comportementaux (agressivité, impulsivité). (48)

### ■ Recours à l'hospitalisation

Seule une faible proportion des patients inclus avaient bénéficié d'une hospitalisation à temps complet pour un motif pédopsychiatrique (en milieu psychiatrique ou en MCO). Les patients pour lesquels le professionnel répondant rapportait un antécédent d'hospitalisation séquentielle étaient 67 (6,9 % des sujets) et 23 pour une hospitalisation ponctuelle (2,4%), soit un taux significativement supérieur d'hospitalisations séquentielles. 851 sujets (87,7%) n'avaient jamais été hospitalisés et pour 28 sujets (2,9%), le professionnel répondant ne se prononçait pas.

Concernant les hospitalisations en PEA, mentionnons simplement que, d'après Rochet, « le recours à l'hospitalisation doit rester rare dans le parcours de l'adolescent. Ce n'est jamais un geste anodin, c'est un acte uniquement médical, non dénué d'un risque de iatrogénicité. (...) La survenue d'un épisode délirant, d'une cachexie anorexique ou d'une crise suicidaire chez un adolescent déprimé, sont des indications claires. » (49)

### **Annexe 4 : symptomatologie actuelle en fonction de l'âge**

Symptomatologie : n(%)	0-2 ans	3-5 ans	6-11 ans	12-15 ans	16-17 ans	p
Troubles du sommeil	8 (20,0)	66 (26,2)	89 (19,6)	51 (28,3)	14 (33,3)	0,046
Troubles de la sphère oro-alimentaire	5 (12,5)	89 (35,3)	54 (11,9)	19 (10,6)	6 (14,3)	<0,001
Troubles sphinctériens	1 (2,5)	54 (21,4)	49 (10,8)	4 (2,2)	1 (2,4)	<0,001
Troubles des conduites motrices	10 (25,0)	164 (65,1)	219 (48,2)	39 (21,7)	6 (14,3)	<0,001
Conduites sexuelles inappropriées	0 (0,0)	1 (0,4)	12 (2,6)	14 (7,8)	0 (0,0)	<0,001
Mensonges, vols, fugues, conduites hétéroagressives, mises en danger	0 (0,0)	19 (7,5)	90 (19,8)	49 (27,2)	5 (11,9)	<0,001
Auto-agressivité, TS, équivalent suicidaire	0 (0,0)	8 (3,2)	26 (5,7)	35 (19,4)	8 (19,0)	<0,001
Consommation de substances psychoactives	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,7)	2 (4,8)	0,001
Troubles du langage	6 (15,0)	171 (67,9)	141 (31,1)	8 (4,4)	2 (4,8)	<0,001
Troubles de la communication et de la relation	9 (22,5)	148 (58,7)	179 (39,4)	44 (24,4)	9 (21,4)	<0,001
Troubles des apprentissages scolaires	1 (2,5)	52 (20,6)	167 (36,8)	38 (21,1)	4 (9,5)	<0,001
Anxiété	3 (7,5)	93 (36,9)	212 (46,7)	75 (41,7)	28 (66,7)	<0,001
Troubles de l'humeur	2 (5,0)	16 (6,3)	66 (14,5)	51 (28,3)	20 (21,4)	<0,001
Symptomatologie hallucinatoire ou délirante	0 (0,0)	0 (0,0)	12 (2,6)	9 (5,0)	4 (9,5)	<0,001
Autre	10 (25,0)	11 (4,4)	19 (4,2)	19 (10,6)	2 (4,8)	<0,001
Ne sait pas	4 (10,0)	3 (1,2)	9 (2,0)	0 (0,0)	2 (4,8)	0,002
Asymptomatique	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,1)	0 (0,0)	0,117

## **Annexe 5 : symptomatologie actuelle en fonction du genre**

Symptomatologie actuelle	Féminin n (%)	Masculin n (%)	p
Troubles du sommeil	73 (23,3)	155 (23,6)	0,981
Troubles de la sphère oro-alimentaire	47 (15,0)	126 (19,2)	0,133
Troubles sphinctériens	25 (8,0)	84 (12,8)	0,035
Troubles des conduites motrices	89 (28,4)	350 (53,4)	<0,001
Conduites sexuelles inappropriées	13 (4,2)	14 (2,1)	0,115
Mensonges, vols, fugues, conduites hétéroagressives, mises en danger	48 (15,3)	115 (17,5)	0,446
Auto-agressivité, tentative de suicide ou équivalent suicidaire	38 (12,1)	39 (5,9)	0,001
Consommation de substances psychoactives	3 (1,0)	2 (0,3)	0,396
Troubles du langage	56 (17,9)	272 (41,5)	<0,001
Troubles de la communication et de la relation	81 (25,9)	308 (47,0)	<0,001
Troubles des apprentissages scolaires	65 (20,8)	197 (30,0)	0,003
Anxiété	131 (41,9)	280 (42,7)	0,861
Troubles de l'humeur	68 (21,7)	88 (13,4)	0,001
Symptomatologie hallucinatoire ou délirante	8 (2,6)	17 (2,6)	1,000
Autre	21 (6,7)	40 (6,1)	0,822
Ne sait pas	9 (2,9)	9 (1,4)	0,172
Asymptomatique	1 (0,3)	1 (0,2)	1,000

## **Annexe 6 : symptomatologie actuelle en fonction du mode de garde**

Symptomatologie actuelle	Garde alternée N = 45 n (%)	Garde exclusive N = 98	Garde principale N = 165	Chez les 2 parents N = 500	Hors du domicile N = 144	p
Troubles du sommeil	7 (15,6%)	37 (37,8%)	49 (29,7%)	112 (22,4%)	21 (14,6%)	<0,001
Troubles de la sphère oro-alimentaire	6 (13,3%)	16 (16,3%)	27 (16,4%)	105 (21%)	15 (10,4%)	0,043
Troubles sphinctériens	0	7 (7,1%)	25 (15,2%)	68 (13,6%)	8 (5,6%)	0,002
Troubles des conduites motrices	16 (35,6%)	27 (27,6%)	69 (41,8%)	256 (51,2%)	66 (45,8%)	<0,001
Conduites sexuelles inappropriées	2 (4,4%)	2 (2%)	2 (1,2%)	6 (1,2%)	15 (10,4%)	<0,001
Mensonges, vols, fugues, conduites hétéroagressives, mises en danger	6 (13,3%)	21 (21,4%)	30 (18,2%)	50 (10%)	51 (35,4%)	<0,001
Auto-agressivité, TS, équivalent suicidaire	2 (4,4%)	11 (11,2%)	17 (10,3%)	21 (4,2%)	25 (17,4%)	<0,001
Consommation de substances psychoactives	0	1 (1%)	2 (1,2%)	1 (0,2%)	1 (0,7%)	0,512
Troubles du langage	5 (11,1%)	29 (29,6%)	47 (28,5%)	208 (41,6%)	36 (25%)	<0,001
Troubles de la communication et de la relation	11 (24,4%)	32 (32,7%)	58 (35,2%)	239 (47,8%)	46 (31,9%)	<0,001
Troubles des apprentissages scolaires	9 (20%)	18 (18,4%)	44 (26,7%)	143 (28,6%)	45 (31,2%)	0,150
Anxiété	26 (57,8%)	41 (41,8%)	71 (43%)	203 (40,6%)	65 (45,1 %)	0,242
Troubles de l'humeur	9 (20%)	28 (28,6%)	33 (20%)	55 (11%)	30 (20,8%)	<0,001
Symptomatologie hallucinatoire ou délirante	0	3 (3,1%)	3 (1,8%)	15 (3%)	4 (2,8%)	0,737
Autre	1 (2,2%)	3 (3,1%)	16 (9,7%)	28 (5,6%)	11 (7,6%)	0,127
Ne sait pas	1 (2,2%)	2 (2%)	1 (0,6%)	8 (1,6%)	6 (4,2%)	0,218
Asymptomatique	0	1 (1%)	0	1 (0,2%)	0	0,431

## Résumé

AUTEUR : Nom : VALLEZ

Prénom : Inès

Date de la soutenance : 14 octobre 2019

Titre du mémoire : Profil psychopathologique des enfants et adolescents reçus en pédopsychiatrie dans le Nord et le Pas-de-Calais en 2019

Mémoire de DES – Médecine – Lille 2019

Cadre de classement : psychiatrie

Spécialité : psychiatrie

Mots-clefs : épidémiologie descriptive, psychopathologie, symptomatologie, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, pédopsychiatrie, âge, genre, mode de garde, attachement, troubles internalisés, troubles externalisés

**Résumé :** **Contexte :** La population reçue en pédopsychiatrie dans le Nord et le Pas-de-Calais est hétérogène et peu étudiée sur le plan épidémiologique. La file active a augmenté de 16 % en 6 ans. **Méthodes :** L'objectif principal est de caractériser sur le plan psychopathologique la population d'enfants et adolescents de 0 à 17 ans reçus dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du Nord et du Pas-de-Calais. Les professionnels des CMP, HDJ, CATTP et équipes mobiles des 14 secteurs participants remplissaient un hétéro-questionnaire en ligne concernant chaque enfant reçu pendant une journée. Le questionnaire portait sur : âge, genre, scolarité, mode de garde, modalités du suivi, diagnostic CIM10, symptomatologie actuelle, profil d'attachement et suivi en protection de l'enfance. Aucune donnée nominative n'était recueillie. **Résultats :** Les 6-11 ans étaient la tranche d'âge la plus représentée, suivie des 3-5 ans. 2/3 des patients étaient de genre masculin. Les garçons étaient surreprésentés entre 3 et 11 ans, les filles entre 12 et 15 ans. 83 % des patients vivaient chez leurs deux parents. 92 % étaient scolarisés en milieu ordinaire et 25 % suivis en protection de l'enfance. Les symptômes les plus fréquents étaient les troubles des conduites motrices, l'anxiété et les troubles de la communication et de la relation. Les profils d'attachement étaient : sécures (25%), ambivalent-résistant (23%), évitant (19%), désorganisé (15%). L'insécurité d'attachement était surreprésentée à la fois par rapport à la population générale et par rapport à une population à haut risque psychosocial. Les troubles internalisés et externalisés étaient fréquemment associés. La fréquence des troubles externalisés était plus élevée chez les sujets jeunes (elle diminuait progressivement avec l'âge entre 3 et 17 ans), chez les garçons (sex ratio = 1,5), chez les patients résidant hors du domicile parental et chez les patients à l'attachement désorganisé. La fréquence des troubles internalisés était élevée (72%) et relativement indépendante du genre et du mode de garde. Elle culminait chez les 16-17 ans et chez les patients à l'attachement évitant. L'expression de troubles externalisés était plus variable en fonction de l'environnement que celle de troubles internalisés. **Conclusion :** Ces résultats inscrivait la pédopsychiatrie dans une pratique développementale prenant en compte la dimension affective, en appui sur les demandes des parents et partenaires de soins.