



Mémoire de Maîtrise en médecine No. 5642

# ETAT DES LIEUX DE LA PSYCHIATRIE DE LIAISON A L'HOPITAL DE L'ENFANCE

Par : Chiara Christe

Lausanne, 31.12.2018

Tuteur: Dr. Med. Philippe Stéphan, PD, MER

Co-tuteur: Sébastien Urben, Ph.D.

Expert: Dr. Med. Mario Gehri, PD, MER

*Je dédie ce travail à mon père pour son soutien et sa patience et à mon grand frère  
dont l'aide a été précieuse*

Remerciements : Je remercie en premier lieu mon tuteur de mémoire Dr. Stéphan ainsi que M. Urben pour son engagement et ses conseils. Merci également à la Dre. Mariguesa et à toute l'équipe pour m'avoir accueilli si chaleureusement dans le service. Un dernier grand merci à ma famille et à mes amis qui m'ont encouragé tout au long du travail.

# TABLES DES MATIERES

ABSTRACT.....	4
INTRODUCTION.....	5
METHODOLOGIE.....	9
1. Matériel et procédure.....	9
2. Participants.....	9
3. Analyse des données.....	9
RESULTATS.....	10
1. Données sociodémographiques.....	10
1.1 Age et sexe.....	10
1.2 Situation familiale.....	10
1.3 Scolarisation.....	11
1.4 Suivi psychiatrique antérieur à la demande.....	11
2. Analyse à l'entrée.....	11
2.1 Symptômes/ Motif de demande de prise en charge psychiatrique.....	11
2.2 Diagnostic psychiatrique.....	12
2.3 Conduites suicidaires au moment de la première consultation pédopsychiatrique.....	14
3. La prise en charge.....	14
3.1 Fonction du demandeur.....	14
3.2 Délai avant la prise en charge pédopsychiatrique.....	14
3.3 Degré d'urgence de la prise en charge.....	15
3.4 Durée de la prise en charge.....	16
4. Orientation à la fin de l'intervention.....	16
4.1 Proposition thérapeutique.....	16
4.2 Traitement médicamenteux.....	17
DISCUSSION.....	18
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	24

# ABSTRACT

Ce travail vise à déterminer s'il existe des différences de profil entre les patients garçons et filles au sein d'une population de patients pédiatriques qui ont nécessité de l'intervention de l'équipe de pédopsychiatrie à la suite d'une consultation aux Urgences somatiques de l'Hôpital de l'Enfance (HEL).

Les données qui ont été utilisées dans le cadre de l'étude ont été extraites des lettres de sortie de 661 patients qui ont consulté entre le 01.01.2013 et le 28.12.2015.

Nous avons pu observer et confirmer statistiquement qu'un certain nombre des paramètres étudiés<sup>1</sup> sont associés de façon préférentielle à un sexe en particulier, ce qui nous a permis de conclure que le profil du patient garçon et celui du patient fille ne sont pas les mêmes, dans ce contexte particulier. Concernant le diagnostic, par exemple, on a relevé que les "troubles des conduites et des impulsions" sont majoritairement lié aux garçons alors que les troubles dépressifs aux filles.

Tout au long de l'étude, aussi grâce à trois modèles explicatifs ("modèle biologique", "modèle social-développemental", "social constructionis theory") retrouvés dans la littérature, on a mené une réflexion concernant les raisons qui conduisent à associer naturellement certains traits de caractère mais aussi certaines pathologies psychiatriques à un sexe plutôt que à l'autre.

---

<sup>1</sup> Les données étudiées sont les aspects sociodémographiques (âge et sexe, situation familiale, scolarisation, suivi psychiatrique antérieur à la demande), la prise en charge (fonction du demandeur, délai avant la prise en charge, degré d'urgence de la prise en charge, durée de la prise en charge), l'analyse à l'entrée (motif/symptômes de demande de prise en charge, diagnostic psychiatrique, conduites suicidaires) et l'orientation à la fin de l'intervention (proposition thérapeutique, traitement médicamenteux).

# INTRODUCTION

La complexité des affections psychosomatiques requiert une approche qui n'est pas de compétence exclusive ni de la pédiatre ni de la psychiatre, mais nécessite un échange mutuel entre ces deux disciplines pour que la démarche de soins soit la meilleure possible (1). L'articulation entre les deux spécialités est assurée par la pédopsychiatrie de liaison (1). Même si cette discipline est une branche de la psychiatrie encore relativement jeune<sup>2</sup>, sa place au milieu des soins pédiatriques s'est révélée capitale. En effet c'est *"un concept souhaitant voir l'Homme traité dans sa globalité"* (2), ce qui signifie qu'elle permet de souligner le lien indissociable existant entre le corps et la psyché, en favorisant de ce fait une approche globale de l'enfant. La fonction du pédopsychiatre paraît de plus tout particulièrement nécessaire dans la société contemporaine, étant donné que les troubles mentaux (tout particulièrement les troubles anxieux et de l'humeur) représentent une des sources majeures d'handicap chez les jeunes (3) ce qui implique l'exigence d'une prise en charge à la fois précoce et efficace pour minimiser les effets délétères de la maladie et diminuer les coûts dus, par exemple, à un séjour hospitalier prolongé (4). De plus il ne faut pas oublier que les patients atteints d'une maladie mentale sont souvent victimes de stigmatisation (5) qui peut être une source de grandes souffrances, raison pour laquelle l'intervention pédopsychiatrique est essentielle pour alléger le fardeau de la maladie.

Mais qui sont ces jeunes concernés par la maladie mentale? Dans le cadre de la construction prochaine du nouvel Hôpital de l'Enfance sur le site du CHUV (prévu pour le 2021), il nous semble important d'effectuer un état des lieux des interventions actuelles dans ce milieu complexe pour fournir une image concrète des différents profils de patients qui sont pris en charge. Plus particulièrement dans ce travail seront analysés séparément les patients garçons et les patients filles, avec l'intention de vérifier si dans la réalité de l'HEL ces deux groupes sont atteints par des pathologies qui diffèrent (p.ex. filles plus sujettes à troubles internalisés ? Plus de troubles externalisés chez les garçons ? ...) et ont, plus généralement, des parcours de soins différents.

L'intérêt de faire la distinction entre les deux groupes est aussi celui de s'interroger par rapport aux raisons qui nous font projeter plus facilement certains traits de caractère et certaines pathologies psychiatriques sur un sexe plutôt que l'autre (ex. "filles plus anxieuses", "garçons moins déprimés"). Tout en sachant que ces représentations découlent en bonne partie de données provenant de la littérature et d'études scientifiques, nous nous sommes interrogés sur leur origine et leur éventuelles conséquences. En d'autres termes nous nous questionnons si le sexe<sup>3</sup> des patients influence la démarche diagnostique et les décisions concernant leur prise en charge. Une étude faite en 1988, par exemple, reporte que la présentation de symptômes équivalents conduisant à un même diagnostic, est perçue comme plus grave chez le sexe qui paraît "inhabituel" : les femmes antisociales ou les hommes déprimés sont perçus comme perturbés psychologiquement d'une façon plus sérieuse (7). Ceci a des conséquences lourdes sur la prise en charge, avec une probabilité majeure d'hospitalisation en présence

---

<sup>2</sup> Le premier document qui certifie une collaboration étroite entre psychiatrie et pédiatrie remonte à 1974, année de publication de "L'enfant et son corps" (6).

<sup>3</sup> Les deux catégories étudiées sont distinctes par leur sexe différent et non pas par leur genre, raison pour laquelle nous avons décidé de maintenir ce terme tout au long de l'étude.

d'une situation qui s'écarte de ce qui est envisagé être la norme, comme une personnalité antisociale chez une femme ou un trouble anxieux chez un homme (7).

Comme déjà mentionné, les projections auxquelles nous nous référons proviennent en grande partie du fait que des études scientifiques ont établi que les prévalences des maladies sont différentes chez les deux sexes. Ceci, ajouté au fait que dans notre société actuelle nous caractérisons plus facilement certains traits comportementaux chez les femmes et d'autres chez les hommes (les filles comme étant généralement plus sensibles, (8) que les garçons qui, au contraire, sont figurés comme plus agressifs (9)) explique que nous représentons plus naturellement certaines pathologies dans un sexe plutôt que dans l'autre. Cependant, d'autres éléments pourraient renforcer ces représentations. Considérons le cas hypothétique où une maladie dont la présentation clinique diffère chez l'homme et la femme, n'est étudiée que chez l'homme. Si un seul "modèle masculin" de la maladie est construit et ensuite transposé chez les femmes, on ne connaîtra pas les symptômes spécifiques aux femmes et un certain nombre d'elles ne seront jamais diagnostiquées. En conséquence la prévalence de la maladie sera plus élevée chez les hommes, et nous nous la représenterions plus naturellement chez eux. Pour clarifier cette réflexion, voici un exemple concret avec une récente étude s'intéressant aux différences de délai de diagnostic et de prise en charge du syndrome d'Asperger chez les filles et les garçons. Les auteurs de l'étude (10) affirment qu'il existe un retard d'identification diagnostique et de prise en charge du syndrome d'Asperger chez les filles<sup>4</sup>, qui serait dû partiellement à des critères diagnostiques non adaptés (critères établis sur le profil masculin, qui se présente avec une pauvreté plus marquée dans les habilités sociales et la communication par rapport au filles) (10)<sup>5</sup>. Par conséquent ce syndrome qui à l'origine était considérée une pathologie exclusivement masculine (11), reste à l'heure actuelle sous-estimé chez les filles (délai plus long entre premiers signes et l'identification de la maladie chez les filles) (10). La pathologie est donc plus facilement projetée chez un sexe, aussi car ses manifestations n'ont pas été suffisamment explorées chez l'autre. Ceci est un exemple de la nécessité de l'acceptation du fait qu'une même maladie peut toucher n'importe qui, mais parfois avec des présentations pas exactement superposables. Par ce fait, une augmentation d'études qui s'intéressent spécifiquement aux femmes serait souhaitable. En effet, dans le domaine médical, "les études cliniques ont longtemps été effectuées avec des sujets masculins principalement, extrapolant ensuite les connaissances acquises aux femmes, selon l'hypothèse du standard normatif masculin" (12). Cette transposition de la maladie (et donc de ses manifestations) d'un sexe à l'autre pourrait alors ne pas toujours tenir compte des spécificités de chaque sexe, et "conduire à des prises en charge erronées" (12). Dans le cas spécifique de la psychiatrie, en outre, certaines pathologies (l'hystérie, par exemple) ont longtemps été considérées comme exclusives à un sexe (11), ce qui peut constituer une difficulté supplémentaire dans la reconnaissance diagnostique de l'une d'entre elles lorsqu'elle survient chez le sexe considéré comme inhabituel.

De façon globale on peut affirmer que nous apprenons dès l'enfance à identifier et à interpréter les émotions et les façons d'être en les attribuant préférentiellement à un sexe plutôt qu'à l'autre, étant

---

<sup>4</sup> Diagnostic établi à environ 8 ans, soit 3 ans après la moyenne d'âge au moment du diagnostic de trouble autistique (10).

<sup>5</sup> De plus les auteurs expliquent que les parents sont plus poussés à motiver les filles (par rapport aux garçons) à être plus "socialement acceptables", en faisant en sorte qu'elles adoptent des comportements socialement appropriés. De ce fait les symptômes peuvent être masquées et la détection devenir plus difficile (10).

donné que notre société actuelle a tendance à distinguer les personnes d'une façon binaire, c'est-à-dire en différenciant les hommes et les femmes. Il en découle que nous sommes, généralement, naturellement amenés à nous comporter de la manière qui résulte la plus appropriée avec notre sexe et donc aussi plus conforme aux attentes de la société. La catégorisation des personnes dans une classe ou dans l'autre "entraîne la persistance des stéréotypes par rapport aux sexes, et renforce les perceptions des différences qui existent entre les hommes et les femmes" (8). De plus, en imitant un modèle lié à un sexe plutôt que l'autre, nous utilisons une échelle limitée de émotions pour respecter les "règles de bonne conduite sociétales", phénomène qui a été étudié dans l'article *Gender Differences in Emotion Expression in Children : A Meta-Analytic Review*(13). Les auteurs Chaplin et Aldao rapportent qu'il a été attesté qu'un sujet ne pouvant exprimer qu'une palette limitée d'émotions aura plus de risque de compromettre son bien-être psychique et de développer en conséquence une psychopathologie (14). Par conséquent nous (et donc, au sens large, la société que nous formons en tant que individus) nous identifions (et attribuons les autres) à une catégorie spécifique en nous imposons indirectement une "restriction émotionnelle". Ceci nous met à plus haut risque de développer un mal-être (si on suit le raisonnement fait par Chaplin et Aldao) et, étant donné l'expression préférentielle de certaines émotions par rapport à d'autres, à manifester notre souffrance d'une façon plutôt que d'une autre, suivant le sexe, voir le genre auquel on s'identifie<sup>6</sup>. Ce phénomène pourrait donc être partiellement responsable du fait que certaines pathologies soient surreprésentées chez les femmes et d'autres chez les hommes. Pour amener de la clarté sur ce sujet, voici un exemple apparu récemment dans un article de la Revue Médicale Suisse, s'intéressant aux "disparités en santé liées au genre et/ou sexe" (12). Les auteurs prennent en considération les maladies cardiovasculaires, qui semblent avoir une prévalence beaucoup plus importante chez les hommes que les femmes, mais qui en réalité sont "la première cause de mortalité chez les femmes" (12). Ils expliquent que ce fait est dû d'un côté à la présentation de la maladie qui est différente chez les deux groupes<sup>7</sup>, mais aussi à "l'enseignement social dès le plus jeune âge de ce qui est attendu comme comportement face à la douleur" (12).

Cela dit, s'astreindre à dire que la société est la seule responsable des différences d'attitude, d'expression émotionnelle et de développement de certaines pathologies plutôt que d'autres selon notre sexe, serait simpliste. En effet, comme mentionné par Chaplin et Aldao, trois modèles tentent actuellement de les expliquer (13). Probablement ces modèles existent parmi beaucoup d'autres, mais dans le cadre de ce travail nous ne faisons référence qu'à ceux-ci.

Le premier modèle, nommé "modèle biologique", propose la théorie selon laquelle les hormones et la génétique seraient responsables du fait que l'homme soit, par exemple, moins doué de capacités communicatives par rapport à la femme et qu'il s'exprimerait en conséquence d'une façon corporelle plutôt que verbale (13). La relation entre les androgènes et le développement de comportements agressif a été sujet de nombreuses études. Actuellement, grâce aux recherches, on a pu établir que ces

---

<sup>6</sup> Une étude de 2014 s'intéressant aux stéréotypes existant aux égards des maladies mentales, montre que les hommes homosexuels seraient imaginés généralement comme souffrant de pathologies psychiatriques plutôt dans l'ordre de l'anxiété, troubles alimentaires, dépression, pathologies donc rencontrés chez les femmes (14).

<sup>7</sup> "cette différence de présentation et la persistance à décrire et enseigner la maladie sur la base de standards masculins contribuent à expliquer le fait que le diagnostic de maladie coronarienne soit plus tardivement reconnu, voir manqué chez les femmes" (12)

hormones ont un rôle non négligeable lors du développement du caractère. A titre d'exemple les filles atteintes d'une hyperplasie congénitale des surrénales<sup>8</sup> (CAH) ont des comportements "typiquement masculins", préférant les "jeux de garçons" et développant une agressivité plus importante (15). Les androgènes auraient également un rôle relatif au développement des troubles anxieux (chez les deux sexes) lors d'une activation précoce de l'axe hypothalamique-hypophyse-surrénales (16). Certainement expliquer toutes les manifestations caractérielles, les différences de comportement entre filles et garçons, et donc la tendance à manifester la souffrance et la maladie que par le biais des hormones serait réductif, passons donc au deuxième modèle.

Le deuxième modèle ("social-développemental") évoque le fait que l'on se conformerait aux attitudes spécifiques à notre genre d'appartenance ressenti en observant l'environnement. L'enfant observe le "modèle de fonctionnement" (comportements, occupations, intérêts) de ses parents en attribuant des caractéristiques spécifiques au père ou à la mère (et en sens large au sexe masculin et à celui féminin). Une fois intégré ces informations, il imitera le modèle qui appartient à son propre sexe d'appartenance (17). Etant donné que l'examen et la compréhension de la situation impliquent un certain temps, on peut expliquer que les différences de comportement sont moins prononcées chez les petits enfants (chez qui, par ailleurs, la société a tendance à tolérer plus facilement des façons d'être qui pourraient paraître inadaptés à un autre âge).

Le troisième modèle ("*social constructionist theory*") rajoute au deuxième la pression induite par le regard des autres. De façon très synthétique il explique que en tant qu'individu nous avons la tendance à nous tenir aux normes comportementales acceptées non seulement pour nous sentir nous-mêmes à l'aise, mais aussi à cause de la pression que nous nous mettons de peur de ne n'être pas paraître conforme aux attentes des autres. Pour comprendre ceci il suffit de penser à notre tendance naturelle à assumer certaines attitudes face à des personnes que nous ne connaissons pas ou dont nous savions avoir certaines attentes spécifiques par rapport à nous (13). On pourrait alors supposer que lors d'une première rencontre entre patient et médecin, ce dernier risque de retarder le diagnostic d'un patient si celui-ci est atteint par une pathologie qui lui paraîtra improbable par rapport à son sexe, mais que de plus le patient pourrait avoir tendance à se présenter et à manifester sa souffrance d'une façon stéréotypée et conforme aux attentes du médecin. Ces éléments réunis doivent alors représenter un challenge quotidien ultérieur dans la pratique, pour favoriser un diagnostic rapide et la mise en acte précoce des soins nécessaires pour que la prise en charge soit la plus efficace possible.

En résumé, nous analysons séparément les patients garçons et filles qui font partie de la population faisant recours aux soins pédopsychiatriques à l'HEL, pour observer si des différences parmi les deux groupes existent (et quelles sont-elles). Pour faire cela nous avons étudié les caractéristiques propres aux patients et à leur prise en charge, pour pouvoir ensuite comparer les deux sexes aussi grâce à la construction d'un "profil type" de patient, une sorte de modèle standard qui résumera les particularités chez chaque sexe.

---

<sup>8</sup> Désordre enzymatique dans le processus de synthèse des hormones stéroïdiens, qui mène à la surproduction de androgènes au détriment des hormones glucocorticoïdes et minéralocorticoïdes



# METHODOLOGIE

## 1. Matériel et procédure

Pour répondre à notre question de recherche nous avons en un premier temps analysé différents paramètres chez les garçons et les filles (caractéristiques personnelles et concernant leur parcours dans le milieu des soins), souligné les différences entre les deux groupes s'il y en avait, pour pouvoir enfin déterminer un "profil type" spécifique à chaque sexe.

Nous avons réutilisé les informations fournies par 826 lettres de sortie (274 en 2013, 301 en 2014 et 251 en 2015) décrivant les patients ayant été pris en charge au cours de cette période : 01.01.2013 – 28.12.2015. Nous avons classé les différents éléments auquel nous nous sommes intéressés en quatre catégories telles que : données sociodémographiques (âge, sexe, situation familiale, scolarisation, antécédents de suivi psychiatrique), prise en charge (fonction du demandeur, degré d'urgence, délai, durée), analyse à l'entrée (diagnostic à l'entrée, motif psychiatrique, conduites suicidaires) et orientation à la fin de l'intervention (proposition thérapeutique, traitement médicamenteux). Aucun retour dans le dossier médical n'a été effectué.

## 2. Participants

Critères d'inclusion : tous les patients pédiatriques ayant bénéficiés d'une intervention de la part du service de la psychiatrie de liaison à l'HEL pendant la période allant du 01.01.2013 au 28.12.2015.

Critères d'exclusions : patients majeurs ( $\geq 18$  ans) et patients ayant explicitement mentionné ne pas vouloir participer à l'étude.

Etant donné que pour 110 patients l'équipe de pédopsychiatrie de liaison de l'HEL a dû intervenir plusieurs fois pendant la période considérée, nous avons décidé de considérer que les patients qui n'ont consulté qu'une seule fois lors de cette première étude. Ceci implique que le nombre de patient s'élève à 382 filles et 282 garçons, pour un total de 664 patients. À la suite de l'exclusion de trois patients de l'échantillon à cause du dépassement des 18 ans, on retient 381 filles et 280 garçons pour un total de 661 patients.

Dans le cadre de notre étude une demande à la Commission cantonal (VD) éthique de la recherche sur l'être humain (CER-VD) a été faite, pour pouvoir réutiliser les données personnelles liées à la santé à défaut de consentement (Art. 34 LRH, Art. 37-40 ORH). La demande a été accepté le 30.05.2018.

## 3. Analyse des données

Chaque paramètre a été étudié séparément chez les filles et les garçons et une comparaison a été faite systématiquement entre les deux groupes pour mettre en évidence les éventuelles différences (voir <https://www.dummies.com/education/math/statistics/how-to-compare-two-population-proportions> (18)). Le seuil de significativité fixé pour les analyses statistiques est  $p < .05$ .

# RESULTATS

## 1. Données sociodémographiques

### 1.1 Age et sexe

Ages	Moyenne	Ecart type	Médiane	Min.	Max.
Tous	10.7	5.5	12.5	0.0	17.9
Garçons	9.4	5.5	11.0	0.0	17.9
Filles	11.7	5.2	13.6	0.0	17.9

Tableau 1: Âge des patients selon le sexe

L'échantillon compte 661 sujets dont 381 filles (58%), et 280 garçons (42%). Les filles sont significativement plus âgées que les garçons,  $z(659) = -5.45$ ,  $p < 0.05$ .

### 1.2 Situation familiale

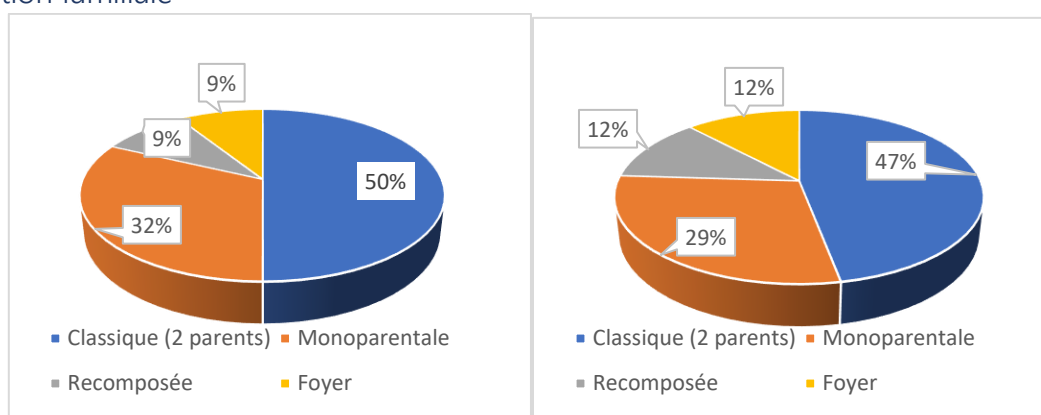


Figure 1: Situation familiale chez les garçons (210 données)    Figure 2: Situation familiales chez les filles (281 données)

Avec un degré de confiance de 95%, il n'y a pas de différence significative dans la proportion de filles et de garçons vivant dans une famille classique ( $z(489) = 1.34$ ,  $p > 0.05$ ) ou dans une famille monoparentale ( $z(489) = 1.49$ ,  $p > 0.05$ ). Avec le même degré de confiance, il y a plus de filles vivant dans une famille recomposée ( $z(489) = -2.18$ ,  $p < 0.05$ ) ou en foyer ( $z(489) = -2.18$ ,  $p < 0.05$ ).

### 1.3 Scolarisation

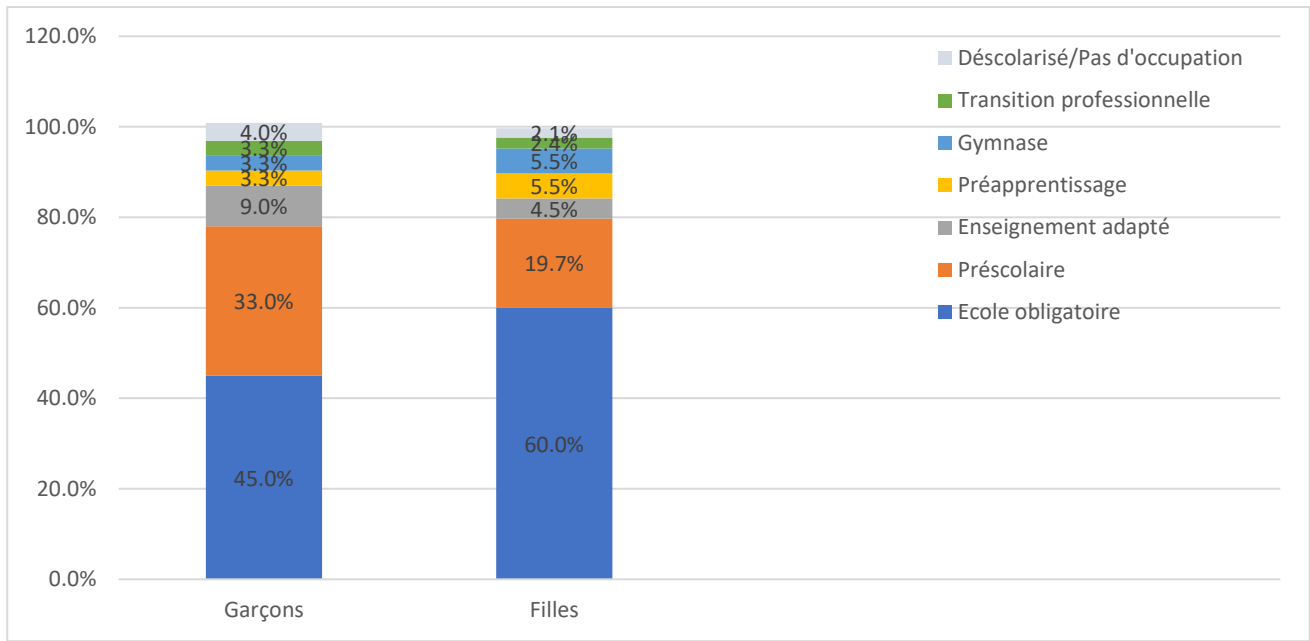


Figure 3: Scolarisation des patients (200 données disponibles pour les garçons, 290 pour les filles)

Ici nous comparons les niveaux de scolarisation entre filles et garçons. Les deux échantillons sont sensiblement différents. Avec un degré de confiance de 95%, il y a significativement plus de filles à l'école obligatoire ( $z(488) = -6.66, p < 0.05$ ), en préapprentissage ( $z(488) = -2.69, p < 0.05$ ) et au gymnase ( $z(488) = -2.69, p < 0.05$ ) et plus de garçons au préscolaire ( $z(488) = 6.81, p < 0.05$ ) et en enseignement adapté ( $z(488) = 3.74, p < 0.05$ ) et déscolarisés ( $z(488), p < 0.05$ ).

### 1.4 Suivi psychiatrique antérieur à la demande

82% des garçons et 79% des filles étaient déjà suivis dans le passé<sup>9</sup>. Dans notre échantillon, il n'y a pas de différence significative entre le pourcentage de garçons et filles ayant eu un suivi psychiatrique antérieure ( $z(371) = 1.49, p > 0.05$ ).

En conclusion, concernant les données sociodémographiques, les filles sont statistiquement plus âgées, et les niveaux de scolarisation sont différents. Il n'y a en revanche pas de différence significative entre la situation familiale et le taux de suivi psychiatrique antérieur.

## 2. Analyse à l'entrée

### 2.1 Symptômes/ Motif de demande de prise en charge psychiatrique

A l'entrée chez 50.5% des garçons les symptômes présentés à l'entrée étaient en lien avec leur comportement<sup>10</sup>. Chez le restant 49.5% les symptômes étaient somatiques<sup>11</sup>. Concernant les filles, 52%

<sup>9</sup> Données pour 150 garçons et 223 filles.

<sup>10</sup> "Auto-agressivité", "hétéro-agressivité", "menaces verbales", "tentamen", "trouble du comportement alimentaire", "comportement inhabituel", "crise comportementale", "pleurs", "fugues", "refus scolaire", "utilisation de substances".

<sup>11</sup> "Céphalée", "vertiges", "douleur somatique", "malaises", "vomissements/nausées", "douleurs abdominales", "diabète inaugural", "brulures, blessures, fractures", "symptômes nécessitant une opération chirurgicale", "autre infection/maladie".

ont reçu un diagnostic d'ordre somatique et 48% en lien avec leur comportement<sup>12</sup>. Ci-dessous voilà exposé la répartition des sous-types de diagnostic comportemental qui a été évoqué.

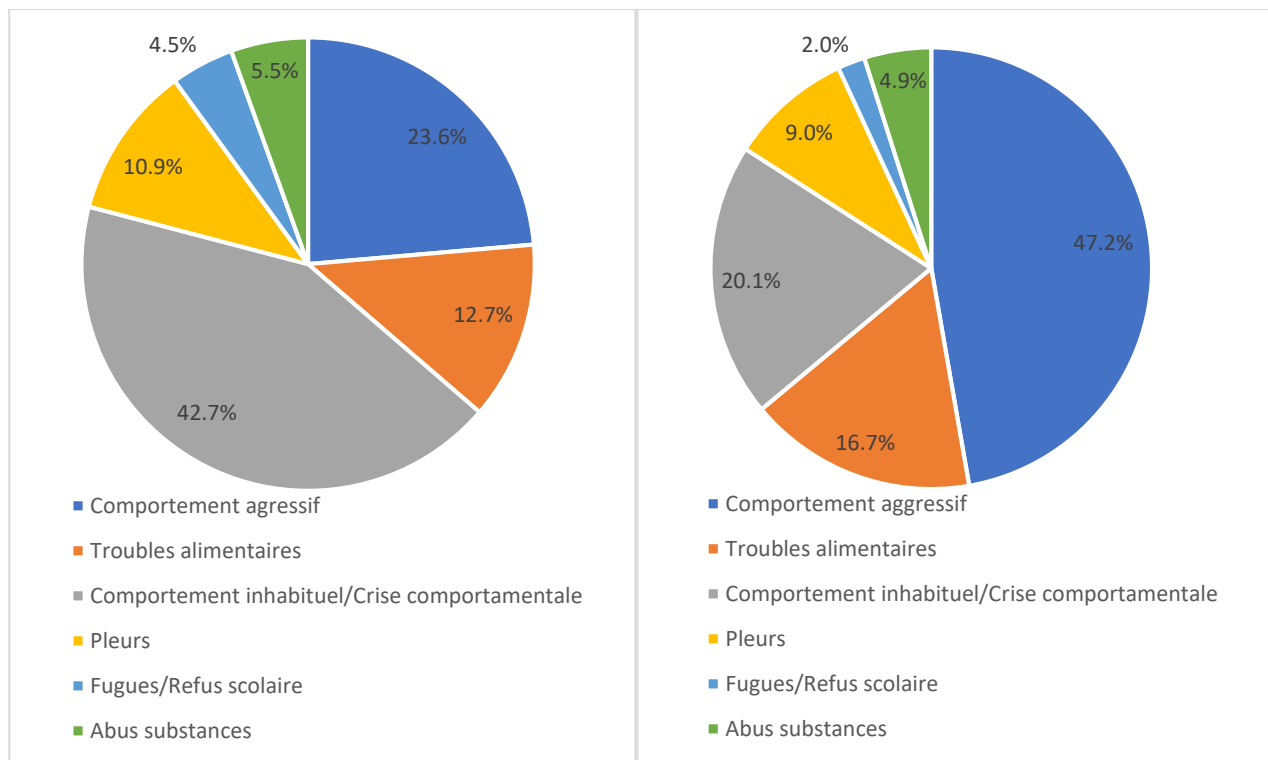


Figure 4: symptômes/ diagnostic comportementaux garçons Figure 5: symptômes/diagnostic comportementaux filles

Nous considérons les motifs de demande avec plus de 30 observations par groupe (A, B, C et D<sup>13</sup>) car les motifs de demande avec moins de 30 observations ne sont pas représentatifs : il y aurait en effet le risque que les hypothétiques associations statistiques que l'on pourrait trouver entre celles-ci et un sexe spécifique soient biaisées en raison du nombre d'observations trop peu important. Il y a significativement plus de garçons avec C ( $z(152) = 11.2, p < 0.05$ ) et de filles avec A ( $z(191) = -11.2, p < 0.05$ ) et B ( $z(76) = -2.4, p < 0.05$ ). Il n'y a pas de différence significative pour le motif D ( $z(49) = 1.56, p > 0.05$ ).

## 2.2 Diagnostic psychiatrique

Classification selon les critères du DSM V (19)<sup>14</sup>.

<sup>12</sup> 218 patients garçons, 301 filles.

<sup>13</sup> Respectivement : comportement agressif, troubles alimentaires, comportement inhabituel et crise comportementale et pleurs

<sup>14</sup> A noter que la catégorie "trouble conduite suicidaire" apparaît dans le DSM-V mais reste toutefois encore à l'étude (20).

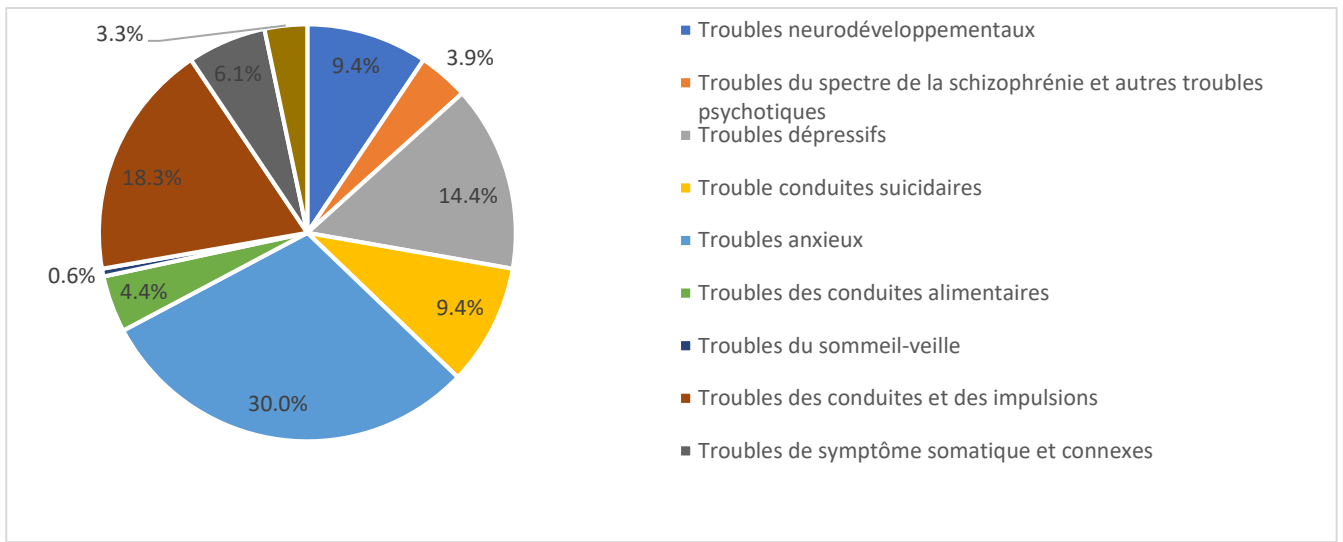


Figure 7: motif psychiatrique retenu chez les garçons (180 données)

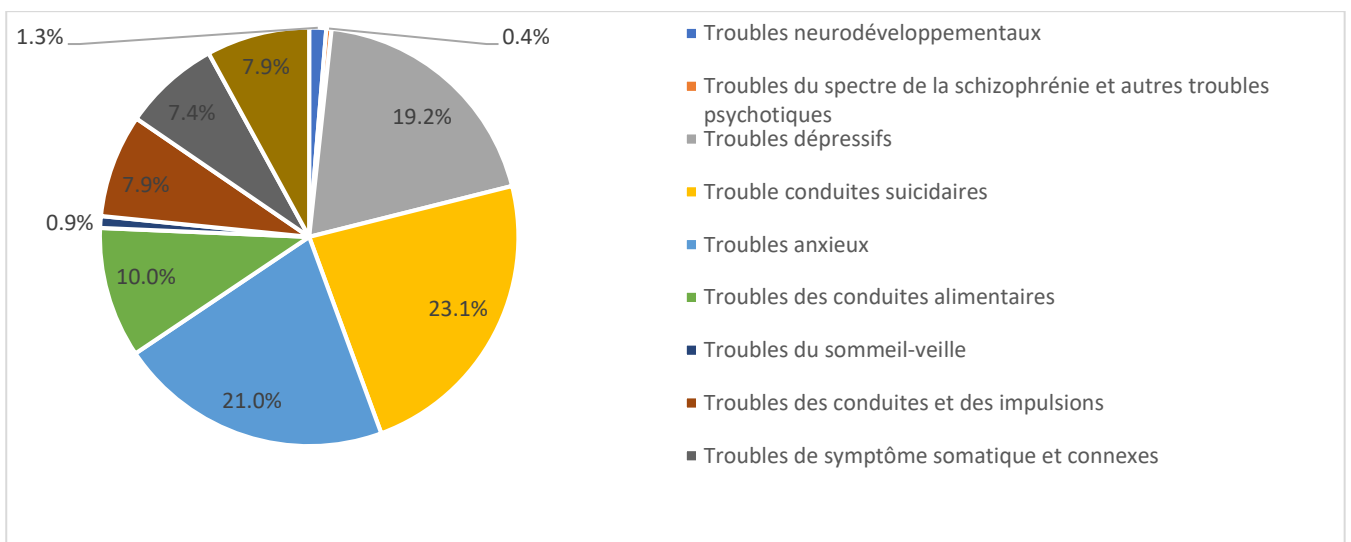


Figure 8: motif psychiatrique retenu chez les filles (229 données)

Dans ce cas aussi, pour les mêmes raisons susmentionnées, nous considérons les motifs de demande avec plus de 30 observations par groupe (C, D, E, F, H<sup>15</sup>).

Le diagnostic prépondérant chez les garçons est le diagnostic de "troubles anxieux", suivi par le "troubles des conduites et des impulsions". Presque la moitié de l'échantillon garçons est concernés par un de ces deux diagnostics. Chez les filles on peut observer que plus de 60% d'entre-elles sont touchées par un "trouble des conduites suicidaires", par "un trouble anxieux" ou un "trouble dépressif". Le diagnostic de "trouble anxieux", cependant, est associé significativement plus à un sexe. En effet, avec un degré de confiance de 95%, il y a significativement plus de garçons avec des troubles anxieux ( $z(100) = 4.1, p < 0.05$ ) et de troubles des conduites et des impulsions ( $z(49) = 6.3, p < 0.05$ ). Il y a significativement plus de filles avec des troubles dépressifs ( $z(68) = -2.6, p = 0.05$ ), des troubles des conduites suicidaires ( $z(68) = -7.4, p < 0.05$ ) et des troubles des conduites alimentaires ( $z(29) = -4.3, p < 0.05$ ).

<sup>15</sup> Respectivement : "troubles dépressifs", "trouble conduite suicidaire", "trouble anxieux", "troubles des conduites alimentaires", "troubles des conduites et des impulsions".

### 2.3 Conduites suicidaires au moment de la première consultation pédopsychiatrique

26.9% des garçons (âge moyen 14.8 ans) et 30.9% des filles visités (âge moyen 14.9 ans) avaient des conduites suicidaires<sup>16</sup> au moment du premier entretien avec le pédopsychiatre. Il n'y a pas de différence significative dans le pourcentage de conduites suicidaires chez les filles et les garçons dans ce contexte ( $z(217) = 1.31, p > 0.05$ ).

En conclusion, concernant l'analyse à l'entrée, il existe une association statistiquement significative entre les garçons et les "crises comportementales", les "troubles anxieux" et les "troubles des conduites et des impulsions". Chez les filles cette association statistiquement significative existe avec le "comportement agressif", les "troubles dépressifs", le "trouble des conduites suicidaires" et les "troubles des conduites alimentaires".

## 3. La prise en charge

### 3.1 Fonction du demandeur

Les garçons ont été adressés dans 81% des cas par leur médecin ou pour une autre personne externe, et dans le 19% par leur famille ou leur proches (ou se sont présentés volontairement). Les filles ont été adressées par une personne externe dans le 77% des cas et par leur famille, leur proches, ou volontairement dans 23% des cas<sup>17</sup>.

Dans notre échantillon, il n'y a pas de différence significative entre le pourcentage de garçons et filles ayant été adressées par une personne externe ( $z(187) = 1.40, p > 0.05$ ).

### 3.2 Délai avant la prise en charge pédopsychiatrique<sup>18</sup>

DELAI PRISE EN CHARGE	MOYENNE	ECART-TYPE	MEDIANE	MIN.	MAX.
Tous	1.9	4.2	0.8	0.0	47.2
Garçons	1.8	3.7	0.7	0.0	43.8
Filles	1.9	4.4	0.8	0.0	47.2

Tableau 2: délai global (jours) de la prise en charge (278 garçons, 379 filles)

Nous observons premièrement quelques données extrêmes dans notre échantillon, ce qui a pour effet d'avoir une moyenne très différente de la médiane et des écarts-types particulièrement élevés. Afin de réduire ce biais nous excluons les observations dont le délai de traitement a été supérieur à trois écarts-types (53.7 jours)<sup>19</sup>. Après cet ajustement, il n'y a pas de différence significative entre le délai pour les filles et les garçons ( $U(655) = -0.95, p > 0.05$ ).

Si on considère séparément les délais relatifs à chaque diagnostic psychiatrique émis<sup>20</sup>, la répartition est la suivante<sup>21</sup> :

<sup>16</sup> Données pour 67 garçons et 152 filles.

<sup>17</sup> 78 données étaient disponibles pour les garçons, 111 pour les filles.

<sup>18</sup> Pour les analyses statistiques concernant les points 3.2 et 3.4 le test de Mann-Whitney a été utilisé.

<sup>19</sup> Le tableau présente les données à la suite de l'ajustement des valeurs.

<sup>20</sup> Cfr. Paragraphe 3.2 Diagnostic psychiatrique.

<sup>21</sup> Dans ce cas aussi nous enlevons les données au-dessus de trois écarts-types, soit 62.43 jours. L'échantillon perd ainsi 2 données.

DIAGNOSTIC	%		DELAI MOYEN		ECART-TYPE		MEDIANE	
	G	F	G	F	G	F	G	F
Troubles neurodéveloppementaux	9	1	0.8	3.5	0.9	2.1	0.6	3.7
Troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques	4	0	1.2	0.0	1.9	0.0	0.8	0.0
Troubles dépressifs	14	19	1.3	0.8	4.3	1.2	0.5	0.6
Trouble conduites suicidaires	9	23	0.9	0.5	1.0	0.6	0.5	0.4
Troubles anxieux	30	21	2.7	1.0	9.5	1.4	0.1	0.6
Troubles des conduites alimentaires	4	10	2.5	3.5	2.4	8.7	1.5	0.9
Troubles du sommeil-veille	1	1	1.2	3.1	0.0	0.8	1.2	3.1
Troubles des conduites et des impulsions	18	8	0.7	1.2	1.4	2.3	0.3	0.5
Troubles de symptôme somatique et connexes	6	7	3.7	2.5	3.8	3.0	1.5	1.4
Troubles liés au traumatisme et au stress	3	8	0.4	1.2	0.3	1.3	0.3	0.6

Tableau 3: délai (jours) spécifiques à chaque diagnostic psychiatrique chez les garçons (180 garçons G, 232 filles F)

Dans ce cas aussi nous enlevons les données au-dessus de trois écarts-types, soit 62.43 jours. Nous comparons uniquement les diagnostics avec plus que 50 observations. Les autres groupes sont en effet de taille trop faible pour opérer une analyse rigoureuse. Dans ces groupes (C, D, E, H<sup>22</sup>) le test pour différence de médiane n'est jamais significatif. Il semble donc que le délai de traitement médian pour les garçons et les filles ne soit pas significativement différent<sup>23</sup>.

### 3.3 Degré d'urgence de la prise en charge

38% des interventions ont été immédiates chez les garçons, 31% différés (jour suivant), 31% agendés (délai  $\geq$  2jours). Chez les filles les interventions immédiates représentaient le 31%, celles différées le 36% et celles agendées le 32%<sup>24</sup>. Il y a significativement plus d'interventions immédiates chez les garçons ( $z(223) = 3.55, p < 0.05$ ) et plus d'interventions différés chez les filles ( $z(208) = -2.84, p < 0.05$ ). Le pourcentage d'interventions agendés ne sont pas significativement différentes.

<sup>22</sup> C : troubles dépressifs ; D : troubles des conduites suicidaires ; E : Troubles anxieux ; H: Troubles des conduites et des impulsions

<sup>23</sup> Diagnostic C :  $U(68) = -0.95, p > 0.05$  ; Diagnostic D :  $U(68) = -0.73, p > 0.05$  ; Diagnostic E:  $U(102) = 1.23, p > 0.05$  ; Diagnostic H:  $U(49) = 1.01, p > 0.05$ .

<sup>24</sup> Les données pour l'intégralité des patients étaient disponibles.

### 3.4 Durée de la prise en charge

Dans ce cas aussi nous enlevons les données au-dessus de trois écarts-types, soit 102.65 jours.

L'échantillon perd ainsi 15 données.

DUREE PRISE EN CHARGE	MOYENNE	ECART-TYPE	MEDIANE	MIN.	MAX.
Tous	7.7	10.4	4.0	0.0	101.8
Garçons	8.2	9.6	4.9	0.0	53.1
Filles	7.3	10.9	3.6	0.0	101.8

Tableau 4: durée de la prise en charge (jours) des patients (276 garçons, 370 filles)

Il n'y a pas de différence significative dans la durée de prise en charge pour les garçons et les filles (U (644) = -1.95,  $p > 0.05$ ).

En résumé, ni la "Prise en charge", ni la "fonction du demandeur" ni "le délai avant prise en charge pédopsychiatrique" ne sont significativement différents entre garçons et filles. Ce délai n'est pas non plus significativement différent si on se réfère aux diagnostics singulièrement, du moins pour les diagnostics avec plus que 50 observations. Il y a plus d'interventions immédiates pour les garçons et plus d'interventions différées pour les filles, sans différence significative concernant la durée de la prise en charge entre les deux groupes.

## 4. Orientation à la fin de l'intervention

### 4.1 Proposition thérapeutique

	Garçons	Filles
Aucune	7.3%	7.9%
Aide à domicile/Réseau de soutien	3.6%	1.1%
Centre jour	11.7%	4.8%
Changement lieu de vie	4.5%	2.5%
Contrôle/Suivi psychologique ambulatoire	55.9%	69.2%
Hospitalisation	13.8%	9.9%
Suivi psychiatrique spécialisé	3.2%	4.5%

Tableau 2: Proposition thérapeutique à la fin de l'intervention (254 données chez les garçons, 354 chez les filles)

Nous considérons les motifs de demande avec plus de 30 observations par groupe (A, C, E, F<sup>25</sup>). Il y a plus de garçons chez qui sont proposées les options C ( $z(45) = 6.47, p < 0.05$ ) et F ( $z(68) = 3.01, p < 0.05$ ) et de filles avec la proposition de l'option E ( $z(385) = -6.82, p < 0.05$ ). Il n'y a pas de différence significative concernant l'option A.

<sup>25</sup> Respectivement : "aucune", "centre de jour", "contrôle/ suivi psychologique ambulatoire", "hospitalisation".



## 4.2 Traitement médicamenteux<sup>26</sup>

Un traitement médicamenteux a été proposé à 44% des garçons et 39% des filles<sup>27</sup>. Le 73% des garçons qui ont reçu des médicaments n'ont n'en reçu qu'un seul, le 17 % restant, plusieurs (minimum 2, maximum 4). Si on considère la totalité des médicaments prescrits, la répartition est la suivante.

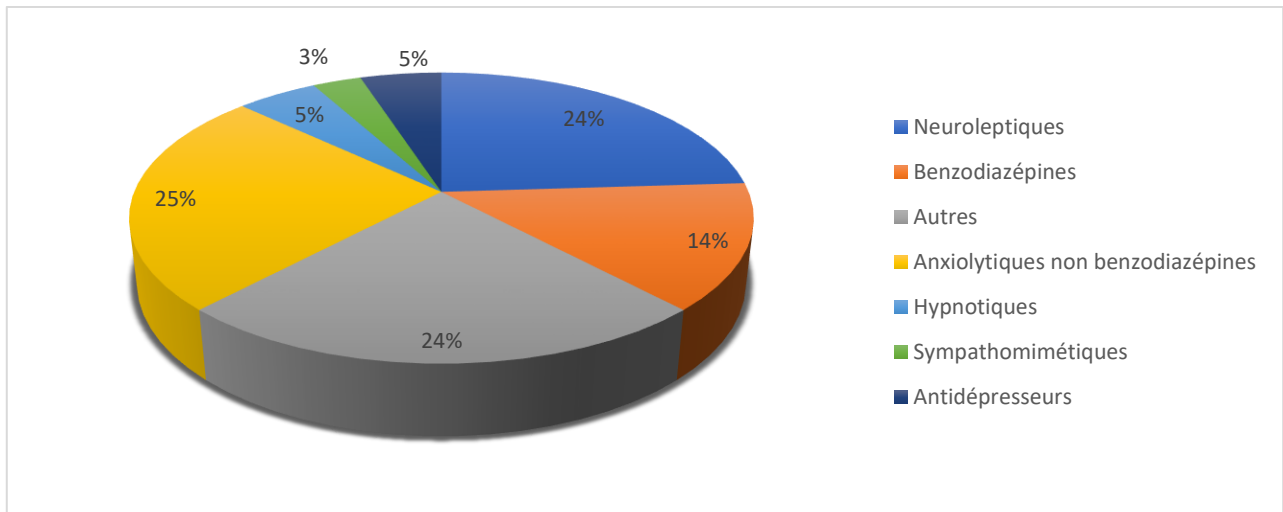


Figure 9 : répartition médicaments chez les garçons

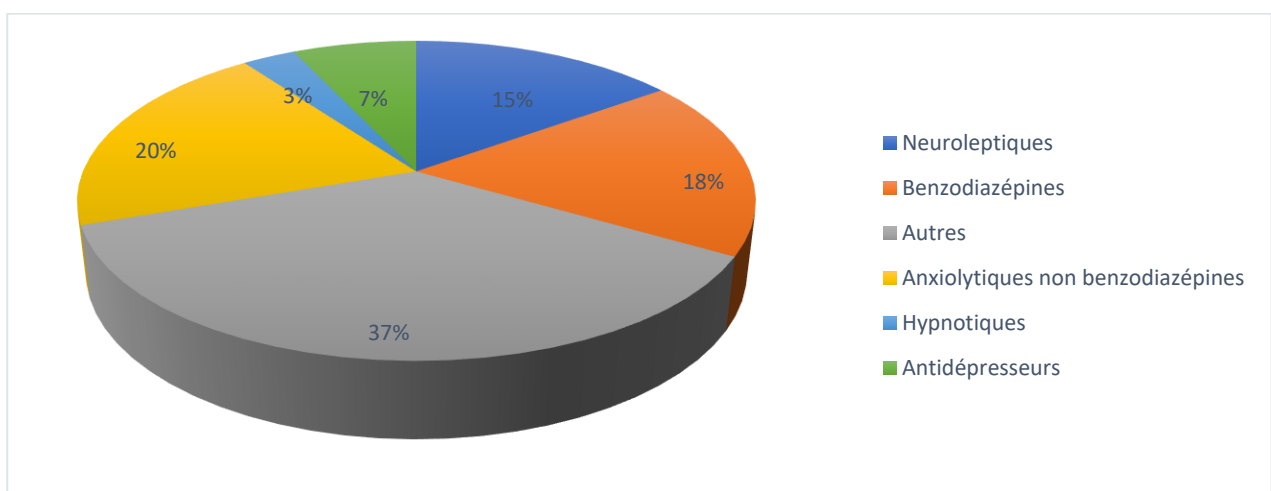


Figure 10 : répartition médicaments chez les filles

Nous considérons les motifs de demande avec plus de 30 observations par groupe (A, B, C, D<sup>28</sup>). Il y a plus de garçons A ( $z(51) = 6.47, p < 0.05$ ) et de filles C ( $z(42) = -4.54, p < 0.05$ ). Avec un degré de confiance de 95% il n'y a pas de différence significative pour les catégories B et D.

<sup>26</sup> "Autres" inclut les médicaments pas strictement en lien avec la pathologie psychiatrique (antibiotiques, insuline, ...).

Les "hypnotiques" sont, dans ce cas de figure, des substances qui ne sont pas du type benzodiazépine

<sup>27</sup> Données pour 124 garçons et 152 filles.

<sup>28</sup> Respectivement : "neuroleptiques", "benzodiazépines", "autres", "anxiolytiques non benzodiazépiniques".

## DISCUSSION

Comme décrit dans l'introduction le but du travail est celui de fournir une idée concrète du type de patient qui nécessite l'intervention de la pédopsychiatrie à la suite d'une consultation aux Urgences somatiques, en analysant séparément les filles et les garçons pour pouvoir mettre en évidence des éventuelles différences existant entre les deux groupes. Pour ce faire, dans cette section sont discutés les paramètres exposés dans le chapitre "présentation des résultats". Des interprétations concernant les éventuelles différences retrouvées entre les deux sexes sont formulées. Comme anticipé dans la "Méthodologie" suivra une proposition du "profil type" de patient fille et de patient garçons élaboré grâce à l'ensemble des paramètres étudiés.

Premièrement on constate que le pourcentage des patientes est supérieur à celui des patients. Cette situation est analogue à celle que l'on retrouve de façon plus globale dans le rapport de monitoring de santé psychique produit en Suisse. Ici l'on décrit que "les femmes apparaissent presque 1,5 fois plus touchées par des problèmes psychiques (moyens à importants) que les hommes" (21). Ces auteurs interprètent cette différence par le fait que les femmes consultent plus facilement que les hommes (21), ce qui pourrait partiellement s'observer dans le cadre de notre étude. Effectivement on a pu par exemple constater que des 110 patients qui ont consulté plusieurs fois<sup>29</sup>, 60% était de sexe féminin et 40% masculin, ce qui pourrait soutenir l'hypothèse que les filles/femmes iraient plus facilement à l'hôpital<sup>30</sup>.

Le prochain constat est que les filles sont en moyenne plus âgées. En observant que le pourcentage de garçons qui franchit les portes de l'hôpital en âge préscolaire est important (33% VS 19.7% chez les filles), on pourrait penser que ceci est à l'origine de cette différence, mais même en excluant les enfants préscolaires dans chaque catégorie, on obtient la même tendance. On pourrait alors faire l'hypothèse que chez les garçons l'âge est inférieur par rapport aux filles car ils arrêtent de consulter (où sont plus réticents à le faire) quand ils atteignent un certain âge ou ils ne sont plus "obligés" par la famille ou leurs proches à se faire aider. Cela pourrait être lié aussi au fait que les filles et les garçons ont une propension différente en ce qui concerne la recherche d'aide, comme déjà mentionné dans le paragraphe précédent. Ce phénomène a été sujet de recherche d'une étude norvégienne (22), qui a montré que les garçons sont, en effet, moins sujets à demander de l'aide par rapport aux filles en partie du fait que les filles reconnaissent mieux les manifestations de certains troubles et seraient donc amenées à se faire aider plus rapidement (22). Une autre étude ne s'intéressant qu'aux garçons (dans le contexte particulier des troubles psychiatriques) souligne que chez cette catégorie les barrières à la recherche d'aide sont surtout une méconnaissance des troubles psychiatriques et la stigmatisation des maladies mentales (23). Les auteurs expliquent que les participants de l'étude se décrivaient incapables de comprendre complètement leurs émotions et avaient peur des réactions extérieures. Ils ont de ce fait eu la tendance à s'"auto-stigmatiser" et à cacher leur souffrance par peur d'être étiquetés comme "fous", "socialement indésirables" (23). Les hommes atteints d'une maladie mentale semblent de plus subir une stigmatisation plus grave par rapport aux filles (24). Dans le cas de notre étude, l'intervention psychiatrique n'a lieu que dans un deuxième temps ; dire que les garçons sont plus réticents à consulter à cause de la stigmatisation de la maladie mentale (qui est cependant la source des manifestations

---

<sup>29</sup> Comme annoncé dans la "Méthodologie" ces patients n'ont pas été investigués ultérieurement.

<sup>30</sup> Difficile avancer des hypothèses par rapport aux raisons qui ont motivé une nouvelle consultation, car les données n'étaient pas disponibles pour plus de la moitié des sujets (59.3% des garçons, 45.2% des filles).

somatiques qui mènent à la consultation initiale aux urgences) semble donc être un peu risqué. Néanmoins, environ la moitié des sujets consultent en première lieu pour des problématiques en lien avec le comportement (cfr. 3.2) : dans ce cas, on pourrait supposer que les hommes sont moins susceptibles d'identifier certains comportements comme étant pathologiques et susceptibles d'une intervention externe.

Si on poursuit l'analyse des paramètres on peut constater que la répartition par rapport à la situation familiale est comparable par rapport aux enfants issus d'une famille "classique". En revanche le niveau de scolarisation diffère statistiquement dans les deux groupes. En effet on observe une proportion plus importante de garçons en situation "préscolaire", mais aussi "déscolarisés" et en "enseignements adaptés". Les filles, quant-à-elles, fréquentent plutôt l'école obligatoire, le gymnase ou sont en préapprentissage. Si l'on tient compte de ces deux paramètres, on peut alors conclure que, malgré un contexte familial similaire dans les deux groupes, la présence d'une maladie semble avoir un impact différent sur le parcours éducatif des sujets.

Pour terminer les points relatifs aux données socio-démographiques, on constate qu'à peu près 80% des patients avait déjà eu un suivi par le passé dans les deux groupes. Ceci, même si cela peut paraître évident, est capital dans le sens où, si on se trouve face à un mineur avec des antécédents psychiatriques connus, il est fondamental de garder à l'esprit que le risque d'un autre événement similaire est plus élevé.

Occupons-nous à présent des aspects liés à la prise en charge. Premièrement on remarque que les patients ont le plus souvent été adressés à l'hôpital par une personne n'appartenant pas à leur famille ou à leurs proches. En ce qui concerne les enfants adressés aux Urgences pour une problématique qui paraissait purement somatique, on a pu observer que dans 61% des cas<sup>31</sup> la personne "externe" était le pédiatre. Une possible explication à cela pourrait être que les parents de ces enfants ont avant tout consulté leur pédiatre, et que ce dernier a jugé que la situation devait être prise en charge à l'hôpital (peut-être pour réaliser des examens non disponibles dans son cabinet, peut-être parce qu'il a eu l'intuition, au moment de la visite, que le problème somatique cachait autre chose). Dans le cas des enfants adressés pour une problématique lié au comportement, en revanche, la "personne externe" était dans le 36% le pédopsychiatre de l'enfant<sup>32</sup>, dans 31 % des cas le pédiatre, dans 21% des cas un enseignant ou un éducateur et dans 12% des cas la police. Le fait que la majorité des patients ont été adressées par une personne spécialisée dans le domaine des maladies psychiatriques<sup>33</sup> pourrait indiquer d'une part la méconnaissance dans la population générale de ces pathologies et des services mis à disposition pour accompagner les personnes atteintes (22), et de l'autre l'existence d'un certain déni envers la maladie psychiatrique par les patients et aussi de leur famille<sup>34</sup>. Ce déni du mal-être et du besoin d'aide est sûrement dû partiellement aux représentations et à la stigmatisation envers la maladie mentale. Un article paru dans l'*Encéphale* il y a quelques années, par exemple, disait " *Pour la population générale, le fou est inadapté au monde, à la société, à la réalité*" (25) et encore " *De nombreux comportement violents et dangereux sont associés à l'image du malade mental (...) Par ailleurs, lui sont aussi attribués le délire (...), la déficience intellectuelle (...) et le discours bizarre*" (25). Le même concept

---

<sup>31</sup> Tout sexe confondu.

<sup>32</sup> Ou le psychologue scolaire.

<sup>33</sup> Ou qui a du moins été sensibilisé au sujet pendant les études de médecine

<sup>34</sup> Une des barrières à la recherche d'aide lors d'un trouble psychiatrique est en effet la stigmatisation que les patients et leur famille portent envers les maladies psychiatriques (22).

est repris par d'autres auteurs qui soutiennent l'hypothèse que la mauvaise perception de la maladie mentale dans notre société induit une perte de l'estime de soi chez les souffrants, en les induisant à se retenir de faire recours aux soins (15).

L'élément suivant étudié est celui du délai de la prise en charge : le délai (général et spécifique à chaque diagnostic) est comparable, mais le "degré d'urgence" des interventions indique un pourcentage plus important d'interventions immédiates chez les garçons par rapport aux filles, ce qui pourrait signifier qu'une plus grande partie des garçons présentait un état critique nécessitant des soins immédiats. Cependant, le fait que les filles et les garçons aient le même délai d'attente avant une intervention adaptée peut être vu comme un résultat rassurant, dans le sens où cela signifie que le sexe ne semble pas avoir d'impact sur la rapidité avec laquelle on constate que des soins adaptés sont nécessaires et pour que ceux-ci soient initiés. De plus on observe que la durée de la prise en charge est semblable dans les deux groupes. Ceci indique que le temps nécessaire pour prodiguer les soins nécessaires n'est pas influencé par le sexe du patient.

Passons à présent à la partie dédiée à l'"analyse à l'entrée". Premièrement nous constatons une répartition similaire par rapport au type de diagnostic d'entrée chez les deux groupes. En effet environ la moitié des sujets a reçu un diagnostic en lien avec le comportement et l'autre moitié avec des symptômes purement somatiques. Par rapport à ces derniers le plus fréquent était celui de "diabète inaugural" chez les garçons, suivi de près par "douleur abdominale", qui était par ailleurs le diagnostic prédominant chez les filles<sup>35</sup>. Relativement aux diagnostics comportementaux on constate une association statistiquement significative entre les garçons et le "comportement inhabituel" ou "crise comportementale", et avec "comportement agressif"<sup>36</sup> et "troubles alimentaires" chez les filles. L'association entre filles et "troubles alimentaires" nous n'étonne pas : en effet elle est conforme avec les statistiques suisses qui indiquent une prévalence trois fois supérieure des troubles du comportement alimentaire chez les femmes par rapport aux hommes (27). En revanche l'association majoritaire du "comportement agressif" avec les filles est plus surprenante, car l'agressivité est souvent prioritairement reliée au sexe masculin. Pour trouver une explication à cette question nous nous sommes intéressées aux différentes formes d'agressivité (auto et hétéro-agressivité), et on a constaté que chez 98% des filles concernées on retrouve des attitudes auto-agressives, alors que chez les garçons environ 30 % ont eu des conduites type hétéro-agressifs<sup>37</sup>. Cette dernière forme est subie directement par d'autres personnes et peut donc ne pas être perçue en premier lieu comme une manifestation de souffrance mais plutôt comme forme potentielle de danger, raison pour laquelle les garçons pourraient être ressentis comme plus agressifs. La prévalence des diagnostics psychiatriques diffère également : Les garçons sont plus concernés par les troubles des conduites et des impulsions (comme le confirme la littérature (28)) et les troubles anxieux<sup>38</sup> (qui sont d'ailleurs deux troubles souvent associés (30)) et les filles par les troubles dépressifs, les conduites suicidaires et les troubles alimentaires. Les garçons semblent donc avoir une tendance plus marquée à extérioriser leur souffrance par rapport aux filles,

---

<sup>35</sup> Pas surprenant, en effet les douleurs abdominales fonctionnelles touchent 20% de la population pédiatrique mondiale (26).

<sup>36</sup> Comprend "auto-agressivité", "hétéro-agressivité", "menaces verbales". "tentamen".

<sup>37</sup> Ils font, de plus, significativement plus de "crise comportementales", qui peuvent se manifester de façon très impressionnante et être perçues également comme forme d'agressivité.

<sup>38</sup> Concernant les troubles anxieux on retrouve dans certaines études que la prévalence est majeure chez les filles à partir de l'adolescence (29). Dans notre étude tout âge est confondu, ce qui pourrait expliquer la raison pour laquelle ce diagnostic prévaut chez les garçons.

mais comment expliquer la raison du développement de pathologies préférentielles suivant le sexe d'appartenance ? La question reste ouverte malgré les nombreuses études car le sujet est complexe et les éléments qui entrent en jeu sont nombreux : la génétique, l'environnement, le regard des autres, ... Tous ces éléments ont de plus en plus une influence les uns sur les autres. Un environnement où un enfant subit des maltraitances, par exemple, a des conséquences sur le développement des circuits neuronaux qui ne sont pas analogues chez les filles et les garçons (29).

Concernant l'orientation à la fin de la demande les filles sont majoritairement suivies en ambulatoire tandis que la tendance à l'hospitalisation prévaut chez les garçons. En tenant compte de l'observation faite précédemment par rapport aux degrés différents d'urgence de prise en charge, on peut faire l'hypothèse que cette différence est due à un plus grand nombre de garçons qui présentent un état critique nécessitant une prise en charge hospitalière. Environ 40% des patients reçoivent une thérapie médicamenteuse (un seul médicament en général) qui est de type psychotrope chez le 75% des garçons et le 60% des filles. Les neuroleptiques sont plus fréquemment administrés aux garçons, alors que les médicaments prescrits aux filles sont pour la plupart destinés à traiter une pathologie somatique. Intuitivement, on peut expliquer que les classes de médicaments administrés soient différentes par le fait que les pathologies ne sont pas les mêmes chez les deux sexes. La prévalence plus importante des troubles des conduites et des impulsions chez les garçons, par exemple, pourrait expliquer en partie pourquoi les neuroleptiques (utilisés en âge pédiatrique essentiellement pour des troubles non-psychotiques (31)) ont été prescrits en priorité dans ce groupe. La question de la médication en pédopsychiatrie est un sujet actuellement encore à l'étude car des lacunes dans les connaissances persistent<sup>39</sup>, ce qui empêche une application universelle et satisfaisante. Par exemple, les dosages selon l'âge de certaines substances sont parfois imprécis et l'efficacité et les effets à long terme méconnus (32).

En conclusion, comme annoncé dans l'introduction, voilà le profil type de la patiente et du patient qu'un médecin, que ça soit un pédiatre, un généraliste, ou n'importe quel autre spécialiste, va rencontrer le plus probablement dans sa pratique avant de l'adresser vers un pédopsychiatre.

Le garçon aura quelques années de moins que la fille, et les deux vivront, pour la plupart, avec leurs parents et leur frères et sœurs. La fille sera probablement dans un parcours de formation classique (que ce soit à l'école obligatoire, au lycée ou en préapprentissage), tandis que le garçon sera plus susceptible de ne pas encore être à l'école, d'être déscolarisé ou de suivre un enseignement adapté. Les deux seront dirigés vers les urgences par une personne extérieure à leur entourage, probablement pour une raison apparemment somatique dans son cas à elle et comportementale (crise comportementale ou comportement inhabituel) dans son cas à lui. Globalement il n'y aura aucune différence ni dans le délai avant l'intervention de la pédopsychiatrie, ni dans la durée de la prise en charge, mais l'état du garçon sera jugé plus urgent plus fréquemment. Les diagnostics émis ne seront pas les mêmes, mais dans les deux cas le suivi se fera généralement en ambulatoire, même si le garçon aura plus de probabilité d'être hospitalisé et de recevoir des médicaments psychotropes. Souvent, cet épisode n'aura pas été leur première rencontre avec la psychiatrie, car dans la plupart des cas, ils étaient déjà suivis par un spécialiste ...

---

<sup>39</sup> Avec la persistance d'une carence de options pharmacologiques disponibles (32).

Des différences existent donc, et le patient fille et le patient garçon ne sont donc pas tout à fait les mêmes. Si on se réfère aux trois modèles présentés dans l'introduction, que ce soient les hormones, notre tendance à la "conformisation" ou le regard de notre entourage, quelque chose impacte notre fonctionnement et notre façon d'exister, de nous exprimer et aussi d'être malade. Difficile de déterminer si un aspect prévaut sur les autres, car probablement pour chaque situation la réponse serait différente. Par ailleurs, après avoir longtemps réfléchi pendant ce travail, ce qui me paraît le plus important ce n'est pas de vouloir déterminer à tout prix si c'est le taux d'androgènes qui a rendu Pascal plus anxieux que Pascale, ou si c'est l'entourage stressant qui a rendu Renée dépressive alors que son frère René, lui, fait plutôt des crises clastiques. Au contraire je pense que l'intérêt a été de se poser la question si une vision binaire a vraiment sa place dans ce contexte. Effectivement, comme on a pu le démontrer, des associations spécifiques entre le sexes et différents paramètres existent, mais peut-on être vraiment certains que ses associations ne changeront pas dans les années à venir ? Peut-être les critères diagnostics des maladies seront adaptés, peut-être certains médicaments seront abandonnés, ... Je me demande donc si, plutôt que d'essayer d'anticiper comment le patient ou la patiente se présentera et quel sera son parcours dans l'univers des soins, il n'est pas plus sage de rester simplement ouvert à toutes les possibilités. Ce qui au contraire me semble fondamental est de continuer à lutter pour que la maladie mentale soit moins stigmatisée, afin que les personnes touchées ne soient pas aussi victimes du regard des autres, ce qui peut rendre encore plus difficile l'acceptation de la maladie (par celui qui est concerné directement mais aussi tout son entourage) et la demande d'aide. A ce propos en Angleterre, selon un article paru en 2016 (33), seuls 25-35% des enfants atteints d'une maladie mentale accéderaient aux soins. Dans l'article l'importance du rôle du pédiatre (voir le généraliste) est accentuée car celui-ci est le spécialiste qui sera amené à voir plus fréquemment les patients potentiels chez qui un suivi psychiatrique devrait être envisagé. Puisque les pédiatres (généralistes) établissent un diagnostic de désordre anxieux ou dépressif dans la population pédiatrique que chez 30% des cas atteint (24), considérer l'introduction (ou le renforcement s'il existe déjà) d'un programme de sensibilisation axée sur le diagnostic des troubles psychiatriques chez cette population particulière nous semble important. Ceci paraît d'autant plus utile car à la suite de la recherche des possibles barrières au diagnostic précoce chez les pédiatres (généralistes), les auteurs de l'article susmentionné arrivent à la conclusion que d'importantes lacunes par rapport aux connaissances (par exemple relativement aux critères diagnostics, aux questions qu'il faudrait poser, ...) et aux ressources disponibles (délai trop long avant la prise en charge par un spécialiste suite au diagnostic) existent. Par la même occasion ceci permettrait d'enrichir l'information par rapport aux présentations "atypiques" (pathologies "masculines" chez les filles par exemple) en signalant qu'elles sont tout à fait possibles voir plus fréquentes qu'imaginées.

Notre étude présente les limitations suivantes. Premièrement toutes les données intéressant l'étude n'étaient pas disponibles pour chaque patient<sup>40</sup>. Pour cette raison les moyennes, médianes et écart-type concernant chaque paramètre n'ont pas pu être établis avec l'intégralité des patients. Par ce fait la précision et la fiabilité de l'étude reste limitée. Pour chaque cas le nombre total de données utilisées a

---

<sup>40</sup> Les données de l'intégralité des patients de la population échantillon étaient disponibles dans le cas de "âge et sexe" (1.1), "délai avant prise en charge par pédopsychiatrie" (2.2), "degré d'urgence de la prise en charge" (2.3), "durée de la prise en charge" (2.4). A noter que pour chaque paramètres la quantité de données disponible a été noté.

été spécifié. Deuxièmement les diagnostics n'ont pas été émis par le même professionnel, ce qui n'exclut pas la possibilité d'une certaine variabilité par rapport aux critères qui ont été utilisés pour les définir.

En conclusion de cette brève étude nous ne pouvons que formuler l'espoir d'une évolution constante de l'acceptation de la maladie mentale et des personnes qui en sont atteintes, et plus spécifiquement d'une disparition des stéréotypes et des attributions unidirectionnelles de certaines maladies à un sexe en particulier. Même si les études en médecine nous apprennent tous les jours que ce qui est fréquent est fréquent et ce qui est rare reste rare, rester ouverts à la possibilité que ce qui est rare pourrait ne pas l'être autant qu'imaginé paraît la solution idéale.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Medjkane F, Vallée L, Delion P. Pédopsychiatrie de liaison : une position de l'entre-deux ? Archives de Pédiatrie. 2010 ;17(3):209-210.
2. Cottencin O, Versaevel C, Goudemand M. Pour une vision systémique de la psychiatrie de liaison. L'Encéphale. 2006 ;32(3):305-314.
3. Yap M, Morgan A, Cairns K, Jorm A, Hetrick S, Merry S. Parents in prevention: A meta-analysis of randomized controlled trials of parenting interventions to prevent internalizing problems in children from birth to age 18. Clinical Psychology Review. 2016; 50:138-158.
4. Bujoreanu S, White M, Gerber B, Ibeziako P. Effect of Timing of Psychiatry Consultation on Length of Pediatric Hospitalization and Hospital Charges. Hospital Pediatrics. 2015;5(5):269-275.
5. Buisson J. R. La pédopsychiatrie: prévention et prise en charge. Avis et rapports du Conseil économique, social et environnemental de la République française. 2010 ; 1-76.
6. Kreisler L, Fain M, Soulé M, Lebovici S. L'enfant et son corps. 4<sup>ème</sup> édition. Paris : Presses universitaires de France; 1999.
7. Waisberg J, Page S. Gender Role Nonconformity and Perception of Mental Illness. Women and Health, 1988; 14 (1): 3-16.
8. Ellemers N. Gender Stereotypes. Annual Review of Psychology. 2018; 69: 275-298.
9. Ristvedt S. L. The Evolution of Gender. JAMA Psychiatry. 2014; 71: 13-14.
10. Begeer S, Mandell D, Wijnker-Holmes B, Venderbosch S, Rem S, Stekelenburg F, et al.. Sex Differences in the Timing of Identification Among Children and Adults with Autism Spectrum Disorder. Journal of Autism Developmental Disorders. 2012; 43 (5): 1151-1156.
11. The Lancet Psychiatry. Sex and gender in psychiatry. The Lancet Psychiatry. 2016;3(11):999.
12. Clair C, Cornuz J., Bart P-A., Schwarz J. Médecine et genre : quels enjeux pour la pratique. Revue Médicale Suisse. 2018; 14 : 1951-1954.
13. Chaplin T, Aldao A. Gender differences in emotion expression in children: A meta-analytic review. Psychological Bulletin. 2013: 139 (4): 735-765.
14. Boysen G, Ebersole A, Casner R, Coston N. Gendered Mental Disorders: Masculine and Feminine Stereotypes About Mental Disorders and Their Relation to Stigma. The Journal of Social Psychology. 2014; 154 (6): 546-565.
15. Spencer D, Pasterski V, Neufeld S, Glover V, O'Connor T, Hindmarsh P, et al. Prenatal androgen exposure and children's aggressive behavior and activity level. Hormones and Behavior. 2017; 96: 156-165.
16. Barendse M, Simmons J, Byrne M, Patton G, Mundy L, Olsson C et al. Associations between adrenarcheal hormones, amygdala functional connectivity and anxiety symptoms in children. Psychoneuroendocrinology. 2018; 97:156-163.
17. Endendijk J, Groeneveld M. G, Mesman J. The Gendered Family Process Model: An Integrative Framework of Gender in the Family. Archives of Sexual Behavior. 2018; 47 (4): 877-904.
18. Rumsey D. J. How to Compare Two Population Proportions, 2016. Available from: <https://www.dummies.com/education/math/statistics/how-to-compare-two-population-proportions/> . Dernier accès: 12 janvier 2019.



19. American Psychiatric Association. DSM-V Tables of Contents, Washington: 2013. Disponible : [https://www.psychiatry.org/.../DSM/APA\\_DSM-5-Contents.pdf](https://www.psychiatry.org/.../DSM/APA_DSM-5-Contents.pdf) . Dernier accès : 23 novembre 2018.
20. Courtet P, Sénèque M, Olié E. Le DSM-5 prend en compte les conduites suicidaires. La Lettre du Psychiatre. 2014 ; 10 : 46-49.
21. Schuler D, Tuch A, Buscher N, Camenzind P. La santé psychique en Suisse. Monitoring 2016 Obsan, Neuchâtel. 2016.
22. Haavik L, Joa I, Hatloy K, Stain H. J, Langeveld J. Help seeking for mental health problems in an adolescent population: the effect of gender. Journal of Mental Health. 2017; 1-8.
23. Lynch L, Long M, Moorhead A. Young Men, Help-Seeking, and Mental Health Services: Exploring Barriers and Solutions. American Journal of Men's Health. 2016; 12(1) :138 –149.
24. Kaushik A., Kostaki E, Kyriakopoulos M. The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. Psychiatric Research. 2016; (243): 469-494.
25. Roelandt J-L, Caria A, Defromont L, Vandeborre A, Daumiere. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. L'Encéphale. 2010 ; 3 (1) : 7-13.
26. Landry B.W, Fischer P. R, Driscoll S.W, Koch K. M, Harbeck-Weber C, Mack K. J, Wilder R. T, Bauer B. A, Brandenburg J. E. Managing Chronic Pain in Children and Adolescents: A Clinical Review. PMR Journal. 2015; 7: 295-315.
27. Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Vivere in salute: disturbi del comportamento alimentare, Berna (CH). Ultima modifica : 18.12.2018. Disponible. <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/koerpergewicht/essstoerungen.html>. Dernier accès : 04 janvier 2019.
28. Nau J-Y. Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent : que doit faire la médecine ? Revue médicale suisse. 2005 ; 1 : 1878.
29. Cameron J, Eagleson K, Fox N, Hensch T, Levitt P. Social origins of developmental risk for mental and physical illness. The Journal of Neuroscience. 2017; 37 (45): 10783-10791.
30. Cohen-Salmon C, Côté S, Fournier P, Gasquet I, Guedeney A, et al. Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Paris. 2005 ; 1-326.
31. Usala T, Lecca L, Zuddas A. Gli antipsicotici di seconda generazione in età evolutiva: prevalenza d'uso, evidenze di efficacia, tollerabilità e problemi aperti. Giornale italiano di psicopatologia. 2008; 14: 454-465.
32. Kölch M, Plener P. Pharmacotherapy in Psychiatric Disorders of Children: Current Evidence and Trends. Pharmacopsychiatry. 2016;49(06):219-225.
33. O'Brien D, Harvey K, Howse J, Reardon T, Creswell C. Barriers to managing child and adolescent mental health problems: a systematic review of primary care practitioners' perceptions. British Journal of General Practice. 2016;66(651): 693-707

