

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2018

N° 2018.96

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Marie GUION

née le 27/07/1990 à Tours

Présentée et soutenue publiquement le 18 septembre 2018

**Crise d'agitation chez les enfants et adolescents
au CHU de Nantes en 2017**

Président : Madame le Professeur Christèle GRAS-LEGUEN

Directeurs de thèse : Madame le Dr Nathalie VABRES

Madame le Dr Bénédicte VRIGNAUD

REMERCIEMENTS

A Madame le Docteur Nathalie VABRES, pour avoir accepté de me confier ce travail et de l'avoir dirigé. Merci pour votre expertise, vos conseils et votre engagement important auprès de l'Unité d'Accueil des Enfants en Danger.

A Madame le Docteur Bénédicte VRIGNAUD, pour l'aide apportée à la mise en place de l'étude aux urgences pédiatriques et pour les conseils avisés. Merci pour l'enseignement apporté pendant mon stage aux urgences qui me sera précieux pour ma pratique future.

A Madame le Professeur Christèle GRAS-LEGUEN, pour votre enseignement de qualité lors du diplôme universitaire de santé de l'enfant et pour me faire l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Madame le Docteur Laurence DRENO, pour me faire l'honneur de juger mon travail de thèse en votre qualité de pédopsychiatre. Merci pour votre relecture et votre disponibilité. Veuillez trouver ici le témoignage de ma respectueuse considération.

A Madame le Docteur Elise LAUNAY, pour me faire l'honneur d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A Madame le Professeur Laure VANWASSENHOVE, pour avoir accepté de faire partie de ce jury et de juger mon travail en votre qualité de médecin généraliste. Soyez assurée de ma plus profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Gaëlle PENDEZEC, pour me faire l'honneur d'être présente dans ce jury de thèse. Votre rôle de médecin référent de la protection de l'enfance est intimement lié à mon travail de thèse et je vous remercie chaleureusement d'avoir accepté de juger mon travail.

A tous les médecins et professionnels de santé qui ont participé à ma formation en tant qu'externe à Tours et en tant qu'interne à Nantes.

A mes parents et ma famille,

Pour votre soutien infaillible pendant ces longues années d'études. Je n'y serais pas arrivé sans vous. Merci pour tout.

A Benjamin,

Pour ton soutien et la relecture de ce travail. Et surtout pour tous nos projets à venir et notre belle histoire !

A mes amis tourangeaux,

Jéjé, Vynil, Estouch, Estelle, Louise et tant d'autres. Merci pour tous ces moments passés et à venir, et merci à Elise pour ces 4 belles années de colocs !

A mes amis nantais,

A toutes les belles rencontres de ces dernières années que ce soit à Challans, aux urgences de la Roche sur Yon, par adoption nazairienne ou autour d'un verre à Nantes ! Nous avons encore plein de belles soirées à vivre ensemble ! Et mention spéciale à Marion pour ta relecture !

A ma famille de fac,

Trop de love de génération en génération ! J'espère que vous pourrez tous accomplir vos projets, et que nos raclettes annuelles continueront !

A Charlotte,

Près de 20 belles années d'amitié déjà ! Au début tu étais à 200 mètres, maintenant à 17000km, mais rien ne change ou presque ! Alors je continuerai à traverser le globe pour toi !

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	5
LISTE DES ABREVIATIONS	6
INTRODUCTION	7
MATERIEL ET METHODE	10
A – Population	10
B – Méthode de recueil.....	10
RESULTATS	13
A – Caractéristiques de la population	13
1 – Age, sexe.....	13
2 – Antécédents.....	14
3 – Evaluation de l’environnement	15
4 – Recherche de conduites à risque	17
B – Passage aux urgences pédiatriques	17
1 – Date et heure de passage.....	18
2 – Accueil.....	19
4 – Orientation	22
5 – Retour aux urgences pédiatriques	24
DISCUSSION	26
A – Caractéristiques et environnement de la population observée	26
B – Prise en charge et orientation	28
C – Forces et Limites de l’étude	31
D - Améliorer la prise en charge des patients.....	32
CONCLUSION	35
BIBLIOGRAPHIE	36
ANNEXES	38
RESUME	46

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1. Répartition de la population selon l'âge (n=130).....	14
Figure 2. Répartition selon le suivi psychologique en cours lors de l'admission (n=130)	14
Figure 3. Répartition selon le lieu de vie (n=130).....	15
Figure 4. Répartition selon la situation familiale (n=130).....	16
Figure 5. Répartition des passages selon le mois de l'année (n=191)	18
Figure 6. Répartition des passages selon la tranche horaire (n=191)	19
Figure 7. Mode d'arrivée selon qui adresse l'enfant (n=191)	20
Figure 8. Accompagnement à l'admission (n=191)	20
Figure 9. Traitements administrés aux urgences pédiatriques et détail des traitements per os (n=29)	22
Figure 10. Répartition selon le service d'hospitalisation (n=56).....	23
 Tableau 1. Mesures de protection	 17
Tableau 2. Orientation post-urgences (n=109)	24
Tableau 3. Nombre de patients admis aux urgences selon leur nombre de passages au cours de l'année (n=130)	25

LISTE DES ABREVIATIONS

AED : Aide Educative à Domicile

AEIMF : Aide Educative intensive en milieu familial

AEMO : Action éducative en milieu ouvert

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

HDJ : Hôpital de Jour

IM : Intra-Musculaire

IME : Institut Médico-Educative

ITEP : Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique

MDA : Maison Des Adolescents

MEOPA : Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

SHIP : Service d'Hospitalisation Intersectoriel de Pédopsychiatrie

UAED : Unité d'Accueil des Enfants en Danger

ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

UP : Urgences Pédiatriques

INTRODUCTION

Une majoration des demandes de consultations pour motif pédopsychiatrique est observée ces dernières années dans les services d'urgences pédiatriques. Plusieurs études menées en France et à l'étranger vont dans ce sens, comme le démontre la revue de la littérature menée en 2013 par Chatagner (1). Dans l'étude menée par Blondon et al. à la Salpêtrière, le nombre de consultations pour ce motif a en effet triplé en 20 ans (2). En parallèle de cette augmentation, la population concernée semble de plus en plus jeune. Blondon et al (2) retrouvent sur 10 ans un rajeunissement de la population de -1,3 ans et l'étude réalisée à Bruxelles observe elle aussi une majoration des tranches d'âges « moins de 14 ans » et « moins de 12 ans » (3).

Ces études descriptives portent sur l'ensemble des consultations pour motif pédopsychiatrique. Ces motifs, assez hétérogènes, rendent donc l'analyse épidémiologique de cette population plus difficile. L'agitation est le premier motif de consultation pédopsychiatrique qui ressort de ces études (1). Nous avons donc choisi de nous intéresser plus particulièrement à ce motif, qui traduit une détresse importante de façon bruyante.

Selon la conférence de consensus de 2003, l'agitation correspond à une perturbation du comportement moteur, psychique et relationnel. Elle suscite une réaction d'intolérance de l'entourage et du milieu, d'où la demande faite aux soignants de soulager cette crise le plus rapidement possible (4). Il est important d'éliminer une cause organique ou toxique par l'examen clinique (5,6), mais la crise d'agitation est le plus souvent le reflet d'une crise familiale et sociale qui n'a pas trouvé de réponse (7). La violence qui en résulte peut être une expérience très difficile pour l'équipe médicale y faisant face (5). Cette violence agie peut être le reflet de violences subies, de psycho traumatismes importants, comme nous le rapporte l'équipe de Picherot (8). La question des violences subies est soulevée dans une étude nantaise de 2015 réalisée par Laure Cohen. Cette étude montre qu'une majorité des adolescents vus aux

urgences pédiatriques pour agitation ont un parcours de vie difficile avec des antécédents de maltraitance et de multiples ruptures pendant leur parcours. Chez ces adolescents admis pour agitation, 56% d'entre eux étaient suivis par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) (9). Ces éléments sont retrouvés dans l'étude de Chatagner en 2015, avec une forte proportion de victimes de violences, une surreprésentation de patients suivis par l'ASE et des retours précoces aux urgences liés au manque de solutions des éducateurs pour ces adolescents (8).

En ce qui concerne l'âge, la plupart des études ne traitent que de l'agitation de la population adolescente. Le petit enfant est généralement exclu de ces études, les crises d'agitation dans cette population étant plus rares ou considérées comme trop différentes de celles du grand enfant (4,5). La seule étude retrouvée dans la littérature portant sur le seul motif de l'agitation et concernant l'ensemble de la population pédiatrique, tous âges confondus, est la thèse de Popa, réalisée à Angers entre 2000 et 2002. Mais celle-ci ne dénombre que 17 enfants sur 131 ayant moins de 10 ans (moyenne d'âge de 13ans) (10). Pourtant en pédopsychiatrie la population consultante tend à rajeunir et c'est une impression réelle qu'ont les praticiens de voir arriver aux urgences pédiatriques des jeunes enfants présentant une agitation traduisant une détresse importante de la même façon que les adolescents.

Peu d'études font état de l'environnement psycho-social de ces enfants et des facteurs de risque qu'ils présentent et lorsque c'est le cas, le recueil étant rétrospectif, plusieurs données sont manquantes (1,9). Par méconnaissance de cette population, les moyens de prise en charge sont mal adaptés et les enfants ainsi que leur entourage restent en souffrance. C'est pourquoi il nous a paru important de réaliser une étude observationnelle prospective chez tous les enfants admis pour crise d'agitation aux urgences pédiatriques de Nantes sans limite d'âge, afin d'étudier les circonstances de leur venue aux urgences, l'évaluation de leur environnement et enfin leur prise en charge actuelle pour apporter des réflexions nouvelles sur cette population vulnérable. Ce travail fait suite à l'étude nantaise de Laure Cohen en permettant d'élargir la

population à l'ensemble de la population pédiatrique, de conforter les liens entre violences subies et violences agies mis en évidence par cette étude et d'enrichir la réflexion sur la prise en charge possible aux urgences pédiatriques de Nantes.

L'objectif principal de cette étude est donc de décrire les enfants et adolescents admis pour crise d'agitation avec hétéro-agressivité aux urgences pédiatriques de Nantes en 2017, afin d'évaluer leurs caractéristiques et les particularités de leur environnement et ainsi de proposer des mesures de prévention en aval adaptées. L'objectif secondaire sera d'évaluer la prise en charge qui a été proposée aux urgences pédiatriques et d'aborder une réflexion sur l'amélioration de cette prise en charge.

MATERIEL ET METHODE

A – Population

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle, descriptive, monocentrique et prospective menée aux urgences pédiatriques du CHU de Nantes en 2017. L'objectif principal était de décrire l'ensemble des enfants admis aux urgences pour agitation sur une année. Etait inclus tout patient sans limite d'âge se présentant aux urgences pédiatriques du CHU de Nantes entre le 1er janvier 2017 et le 31 décembre 2017 pour crise d'agitation ou trouble du comportement.

Ont été exclus les patients présentant un trouble de l'humeur, des idées suicidaires ou une tentative de suicide, une anorexie, des scarifications, un trouble autistique grave, une anxiété isolée, une phobie. Ces critères d'exclusion permettent de cibler l'étude uniquement sur la crise d'agitation avec hétéro-agressivité.

Le service des urgences pédiatriques de Nantes accueille les enfants de 0 à 15 ans et 3 mois, toutefois des exceptions sont faites pour des enfants plus âgés qui sont déjà suivis au CHU de Nantes par un pédiatre.

B – Méthode de recueil

Un questionnaire a été établi en décembre 2016 afin de recueillir les informations sur les patients. Ce questionnaire a été établi en collaboration entre le médecin responsable des urgences pédiatriques et le médecin coordonnateur de l'Unité d'Accueil des Enfants en Danger (UAED) et relu par le médecin responsable de l'unité de pédopsychiatrie de liaison.

Il comportait 3 parties :

- 1) Accueil, pour questionner sur le mode d'arrivée de l'enfant aux urgences : qui l'a adressé, par quel moyen de transport est-il arrivé, qui l'accompagnait et l'enfant présentait-il des signes d'agitation à son admission.
- 2) Evaluation, pour évaluer l'environnement de l'enfant : lieu d'habitation, situation familiale, scolarité, antécédents médicaux, psychologiques et d'agitation, existence d'une mesure de protection administrative ou judiciaire, ainsi que les conduites à risques que le patient pouvait présenter. Cette partie permettait aussi de renseigner l'examen clinique, la prise de constantes et les éventuels examens complémentaires réalisés.
- 3) Orientation, prise en charge de l'enfant : utilisation de traitement, demande d'avis pédopsychiatrique, hospitalisation, réalisation d'une information préoccupante ou d'un signalement, et en cas de retour à domicile, la consultation vers laquelle le patient était orienté.

Ce questionnaire (annexe 1), a été mis à disposition des médecins des urgences pédiatriques à partir du 1^{er} janvier 2017 jusqu'au 31 décembre 2017. Une présentation aux urgences a été faite et renouvelée régulièrement afin d'expliquer l'intérêt de l'étude et ainsi obtenir les observations les plus précises.

Afin de garantir l'exhaustivité du recueil, les données PMSI ont également été consultées en prenant en compte les codes M307 pour le motif d'entrée (psy : troubles du comportement ou psychologiques mineurs : phobies), les codes de diagnostic final A1033 : trouble du comportement, de l'affectivité sans autres indications et A1001: Agitation. Les données issues des codes PMSI ont été inclus rapidement après leur passage avec le même questionnaire que décrit précédemment, par un observateur unique. Lorsque des données étaient manquantes, l'accès au dossier informatisé permettait de récupérer certaines de ces données après l'inclusion.

Les patients ou leur famille étaient prévenus de leur inclusion par une notice de consentement (annexes 2 et 3). Un simple accord oral était nécessaire. Tous les résultats ont été traités statistiquement de manière anonyme.

Tous les passages étaient inclus même pour les patients consultant plusieurs fois au cours de la même année, mais leurs caractéristiques (âge, sexe, données socio-environnementales...) n'étaient incluses dans les statistiques qu'une seule fois.

RESULTATS

Durant la période d'une année du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017, 130 patients ont été inclus, représentant 191 passages aux urgences pédiatriques pour crise avec hétéro-agressivité.

Les codes PMSI M307, A1033 et A1001 ont permis de relever 378 passages sur l'année. 187 dossiers ont été exclus car ne concernaient pas des crises d'hétéro-agressivité : 65 pour tentatives de suicide ou idées suicidaires, 40 pour anxiété isolée, 25 pour troubles de l'humeur sans idées suicidaires, 20 pour scarifications comme motif principal d'admission, 7 pour problème social isolé, 6 pour troubles autistiques graves, 3 pour troubles phobiques et 4 dossiers vides.

A – Caractéristiques de la population

Les caractéristiques de la population ont été analysées sur les 130 patients inclus en prenant en compte uniquement leur 1^{er} passage.

1 – Age, sexe

Le sex-ratio était clairement déséquilibré au profit des garçons (sex-ratio de 3,5). L'âge médian était de 11,6 ans [3,6 – 15,8], la moyenne était de 11,2 ans $\pm$ 2,6. Les moins de 11 ans représentaient 33% de la population totale.

La figure 1 présente la répartition des âges dans la population.

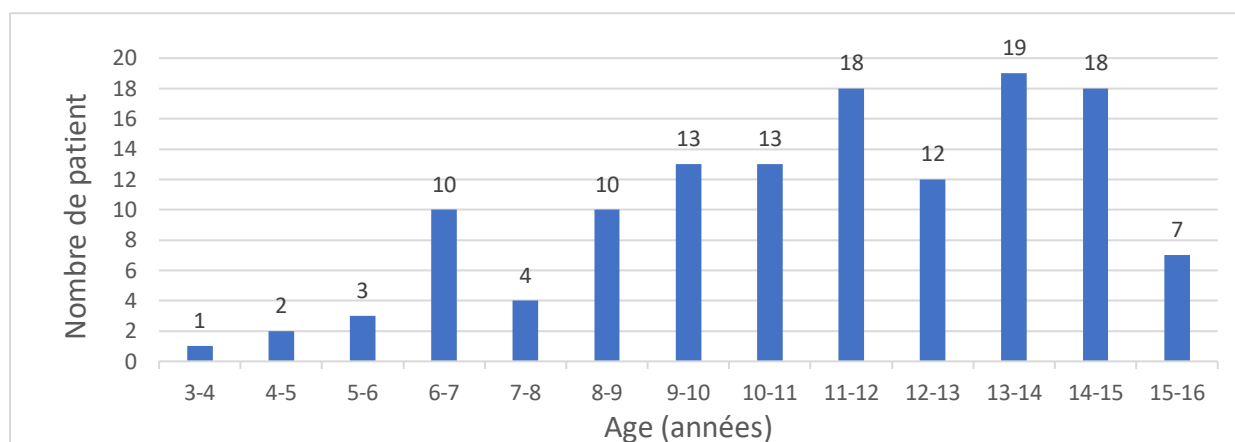


Figure 1. Répartition de la population selon l'âge (n=130)

2 – Antécédents

Une majorité d'enfants (100 patients sur 130, soit 76,9%) admis pour agitation bénéficiaient déjà d'un suivi psychologique en cours à l'admission. Ces résultats sont illustrés par la figure 2.

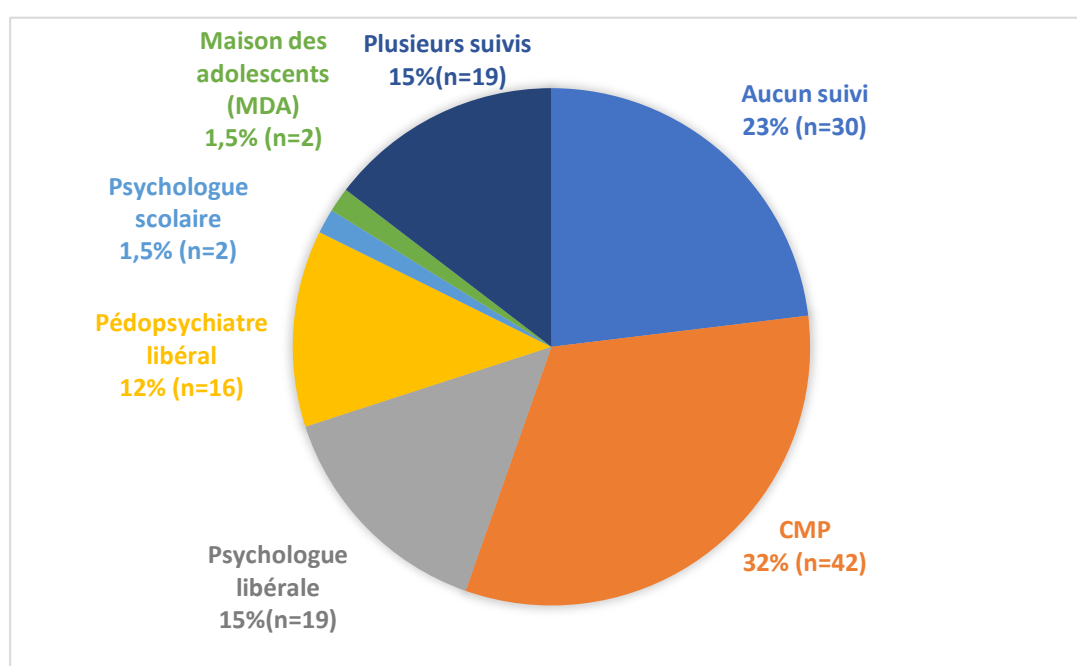


Figure 2. Répartition selon le suivi psychologique en cours lors de l'admission (n=130)

72 patients (55,4%) n'avaient aucun antécédent psychiatrique connu. Parmi les 58 dont un antécédent avait été rapporté, le diagnostic était dans la majorité des cas (60%) uniquement intitulé « trouble du comportement », ce qui ne correspond pas à un diagnostic psychiatrique.

35 enfants (26,9%) avaient un traitement psychotrope. Le premier traitement prescrit était la Risperidone (Risperdal®) pour 18 patients, suivi de la Cyamémazine (Tercian®) pour 12 patients. 13 patients parmi les 35 avaient plus d'un médicament.

41 patients (31%) étaient déjà passés aux urgences pédiatriques pour agitation et 30 (23%) étaient déjà venus pour d'autres motifs.

3 – Evaluation de l'environnement

Concernant le lieu de vie : la majorité des enfants vivait au domicile parental (106/130). Parmi les enfants placés en familles d'accueil, 2 étaient placés chez des tiers dignes de confiance (tante et grand-mère). La répartition selon le lieu de vie est illustrée par la figure 3.

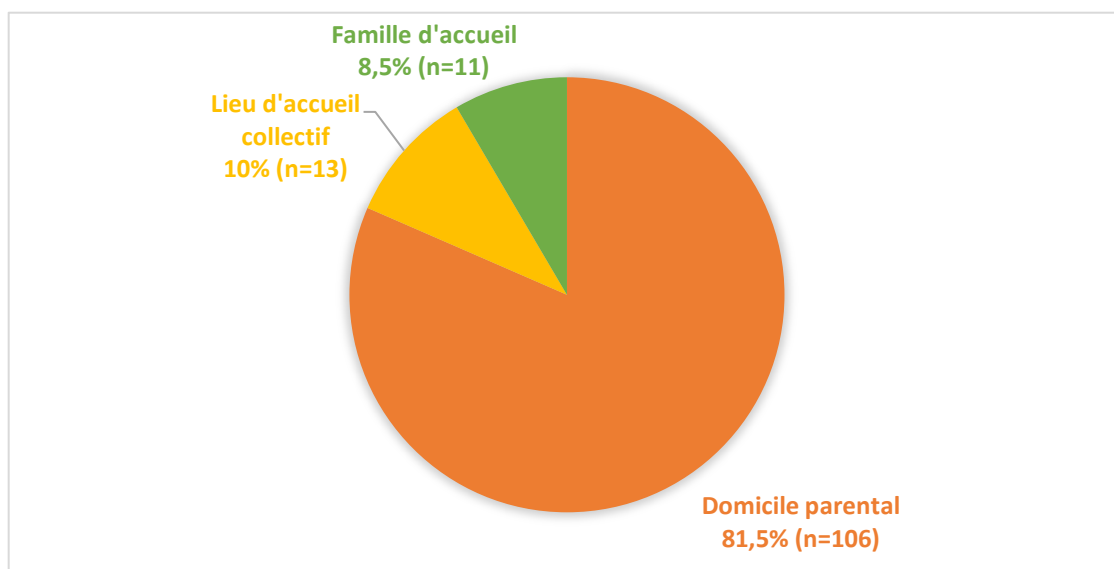


Figure 3. Répartition selon le lieu de vie (n=130)

Seuls 32 enfants (24,6%) vivaient avec leurs 2 parents. Pour 12 patients la situation familiale était inconnue, dans la grande majorité des cas il s'agissait d'enfants placés en lieu d'accueil collectif et la question de la situation familiale n'avait pas été évoquée. La répartition selon la situation familiale est présentée sur la figure 4.

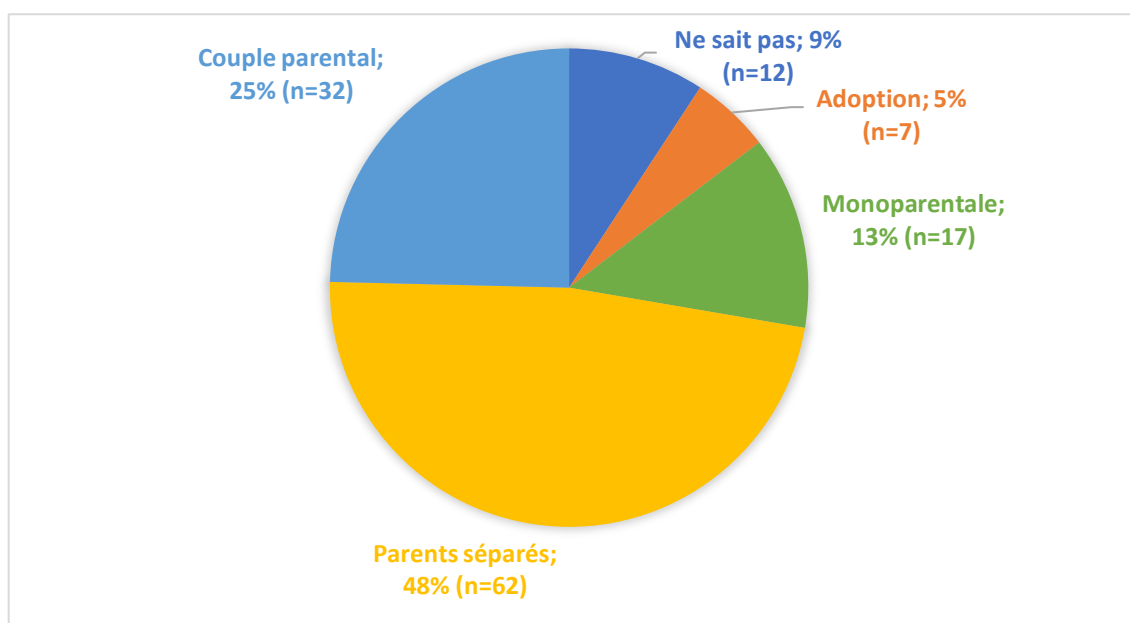


Figure 4. Répartition selon la situation familiale (n=130)

Concernant la scolarité : 84 enfants (64,6%) étaient scolarisés en filière générale, 20 enfants (soit 15,4%) étaient identifiés comme déscolarisés ou en graves difficultés scolaires, 24 enfants (18,4%) étaient scolarisés en structures spécialisées (3 en IME, 3 en classe ULIS et 18 en ITEP). Nous n'avons pas eu l'information dans 2 cas.

48 patients (37,9%) bénéficiaient d'une mesure de protection (dont 24 placements judiciaires) et 14 patients (10,8%) étaient concernés par une évaluation par le conseil départemental après une information préoccupante ou après demande de la famille au moment de leur passage. Il y avait donc 62 enfants (soit 47,7%) connus du conseil départemental.

Le détail de ces mesures de protection est visible dans le tableau 1.

Tableau 1. Mesures de protection

Mesures de protection	Nombre de PATIENTS
Oui	48
Mesure administrative (AED)	12
Mesure judiciaire : aide éducative (AEIMF)	1
Mesure judiciaire : aide éducative (AEMO)	11
Mesure judiciaire : placement judiciaire	24
En cours d'évaluation par le conseil départemental	14
Non	65
Ne sait pas	3
Total général	130

37 patients (28,5%) étaient identifiés comme victimes de maltraitance dont 19 victimes de maltraitance physique. Dans 23 cas, la notion de suspicion de maltraitance était inconnue.

13 patients étaient connus de l'UAED parmi les 130 patients.

4 – Recherche de conduites à risque

Selon les informations récoltées, 8 patients (6,1%) consommaient des toxiques (cannabis, alcool) et 31 (23,8%) présentaient des conduites à risques (majoritairement fugues et tentatives de suicide). Malheureusement la question de prise de toxique ou de conduite à risque n'a pas toujours été posée : pour la consommation de toxique la réponse est manquante dans 25 dossiers et pour les conduites à risque l'information est manquante dans 32 dossiers.

B – Passage aux urgences pédiatriques

L'ensemble des passages aux urgences pédiatriques des 130 patients a été pris en compte, soit 191 passages entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2017.

1 – Date et heure de passage

Il y a eu en moyenne 16 passages pour agitation par mois aux urgences pédiatriques en 2017. Le nombre de passages est assez linéaire sur l'année, mais on note une légère hausse des passages sur la fin de l'année (septembre à décembre) et un pic en mars avec 25 dossiers. Les mois les plus calmes ont été juillet et août probablement en raison des vacances scolaires avec 7 passages en juillet et 6 en août. Les passages par mois sont illustrés par la figure 5.

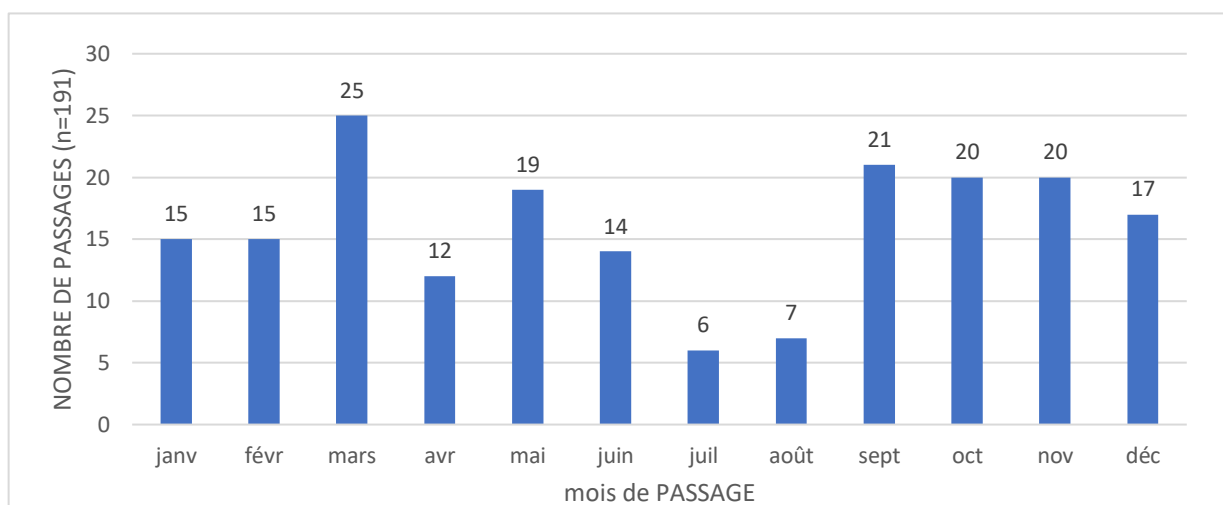


Figure 5. Répartition des passages selon le mois de l'année (n=191)

Concernant les heures de passages, ils sont surtout concentrés sur le milieu de journée avec 92 passages (soit 48%) entre 12h et 18h, mais on note également de nombreux passages en soirée (42 passages soit 32% entre 20h et 23h). Il y a eu très peu de passages en nuit profonde avec seulement 2 passages entre 1h et 8h du matin (horaires groupés pour la lisibilité de la figure). Cette répartition est présentée sur la figure 6.

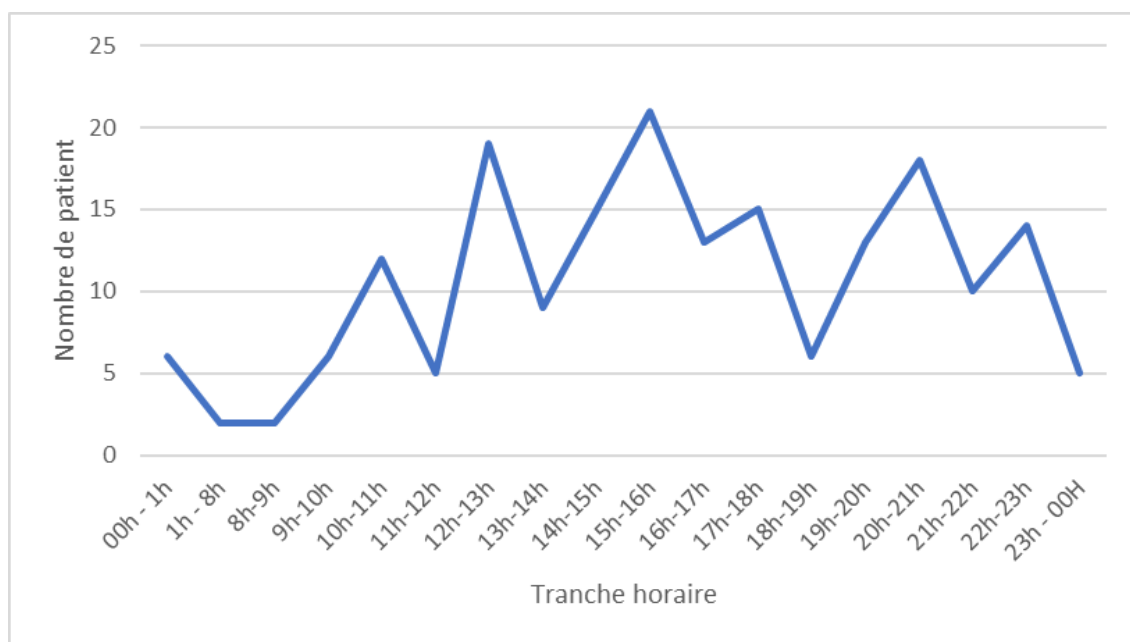


Figure 6. Répartition des passages selon la tranche horaire (n=191)

Si on s'intéresse à la répartition dans la semaine, les passages se font plus fréquemment sur la semaine (avec seulement 6,3% de passage le samedi et 10% le dimanche) et globalement bien répartis sur tous les jours de la semaine.

2 – Accueil

86,4% des enfants étaient calmes (165/191 passages) à l'admission.

Les patients étaient le plus fréquemment adressés par leur famille (43,5%) ou par un lieu d'accueil collectif (36,7%). Ils arrivaient aux urgences le plus souvent en ambulance (68,6%).

La figure 7 nous illustre qui adressait l'enfant et par quel moyen de transport il arrivait aux urgences. On voit ainsi apparaître que lorsque l'enfant était adressé par un lieu d'accueil collectif, il était amené par ambulance dans 65 cas sur 70 (92,8%).

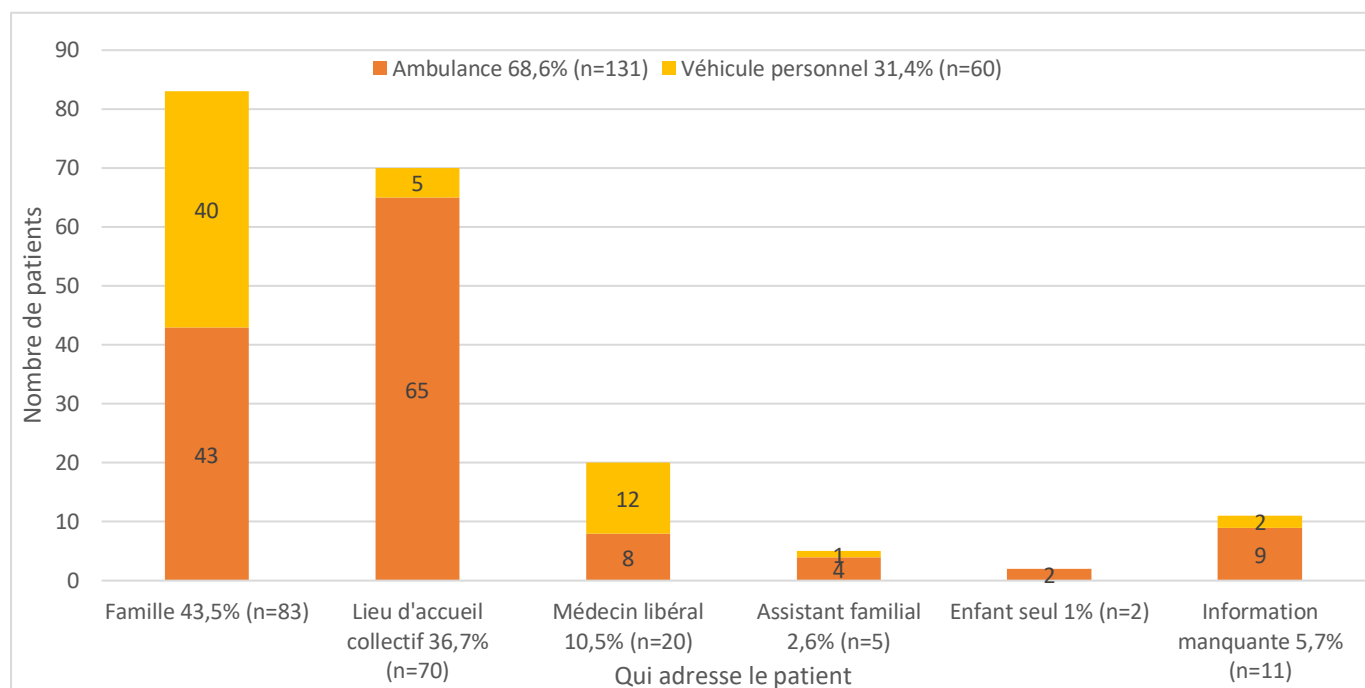


Figure 7. Mode d'arrivée selon qui adresse l'enfant (n=191)

L'accompagnement à l'admission est présenté par la figure 8.

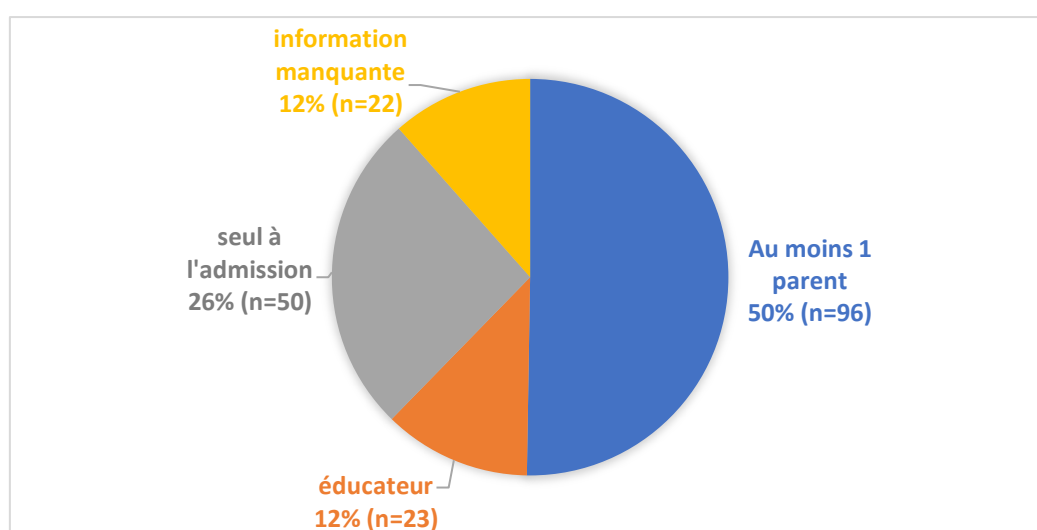


Figure 8. Accompagnement à l'admission (n=191)

Nous notons 50 passages (26,2%) où l'enfant est arrivé seul en ambulance aux urgences pédiatriques. Il pouvait être ensuite rejoint par un éducateur ou un parent après l'admission. Si l'on s'intéresse au lieu de vie des enfants seuls à l'admission : 28 vivaient au domicile parental (56%), 15 vivaient en lieu d'accueil collectif (30%) et 7 chez un assistant familial (14%).

3 – Prise en charge aux urgences pédiatriques

Sur les 191 passages, la durée moyenne de séjour aux urgences pédiatriques a été de 231 minutes soit 3 heures et 51 minutes entre l'admission et l'orientation finale (écart- type de 134 minutes soit 2 heures et 14 minutes).

Un examen clinique a été réalisé dans 77% des cas, il était manquant pour 43 passages sur 191. Sur les 147 examens cliniques, 16 relevaient des lésions inquiétantes à type d'ecchymoses, de plaies, de scarifications ou de dermabrasions. Les constantes ont été prises lors de 174 passages sur 191 (91%).

Sur les 191 passages, seuls 8 ont nécessité des examens complémentaires : 6 radiographies pour traumatisme lors de la crise, toxiques urinaires dans 1 cas et cétonurie dans 1 cas chez un patient diabétique. Dans 95% des cas il n'y a pas eu d'examen complémentaire.

Chez les patients calmes à l'admission, seuls 6 se sont secondairement agités (3,5% des enfants initialement calmes).

Un traitement a été administré au cours de 29 passages (15,2%), concernant 17 patients différents. Certains patients ont reçu plusieurs traitements sur le même passage (1 patient cumulant 11 passages avec traitement dans 9 cas sur 11 avec plusieurs traitements à chaque passage). La contention physique a été nécessaire 6 fois chez 4 patients différents, dont le plus jeune avait 11,5 ans. Un patient a dû être transféré en chambre d'isolement aux urgences psychiatriques adultes. Sept fois un traitement par voie IM a été utilisé et 6 fois une inhalation de MEOPA mais il s'agissait à chaque passage du même patient pour les 2 traitements. La

répartition des traitements ainsi que le détail des molécules utilisées en cas de traitement per os est résumé sur la figure 9.

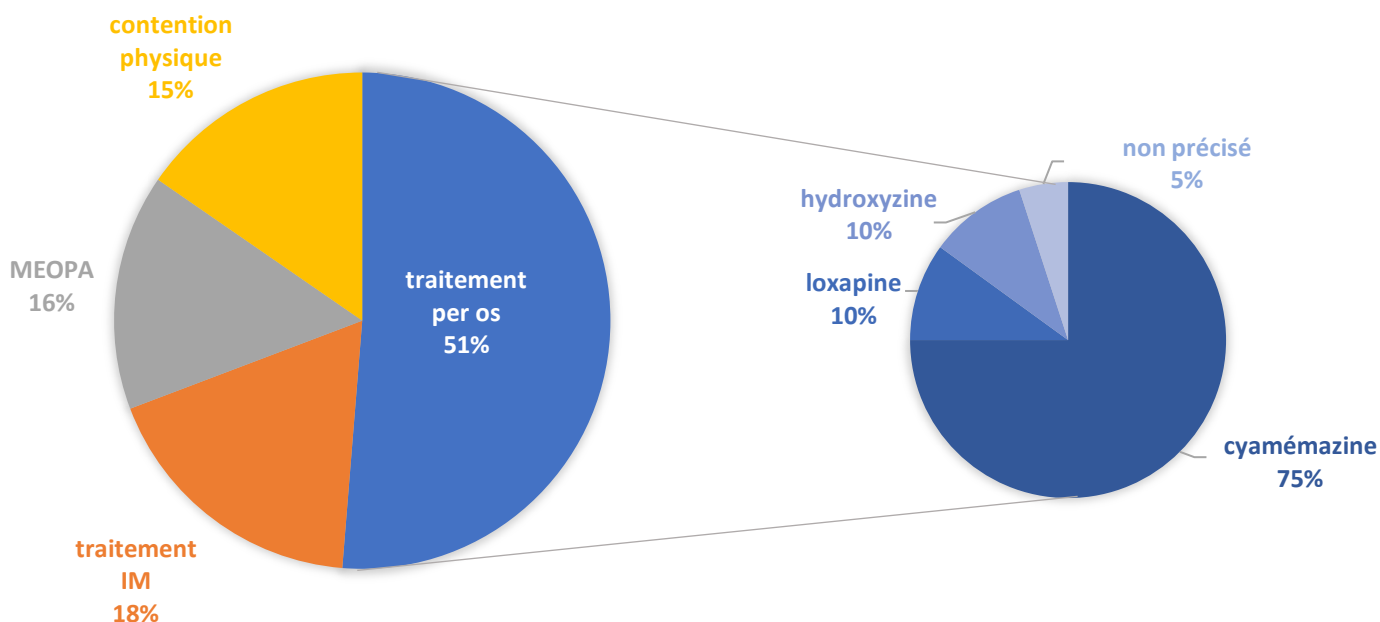


Figure 9. Traitements administrés aux urgences pédiatriques et détail des traitements per os (n=29)

4 – Orientation

Un avis auprès d'un pédopsychiatre a été pris 80 fois (41,9%) dont 34 avis téléphoniques simples et 46 entretiens aux urgences pédiatriques.

Le traitement du patient a été modifié 31 fois (16,2%) : modification d'un traitement existant ou bien ajout d'un traitement.

À la suite de leur passage aux urgences pédiatriques, 56 patients (29,3%) ont été hospitalisés. La répartition selon le service d'hospitalisation est présentée sur la figure 10.

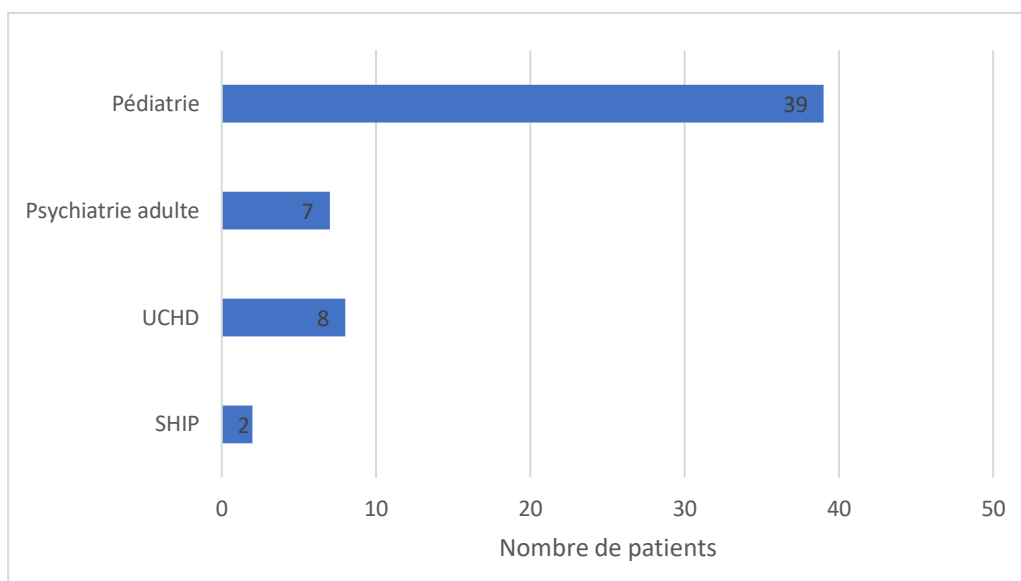


Figure 10. Répartition selon le service d'hospitalisation (n=56)

Ces 56 hospitalisations concernaient 39 patients différents âgés de 6 ans et 9 mois à 15 ans et 8 mois. Sur les 56 passages, 17 patients étaient initialement agités (30%), et 19 avaient eu un traitement lors de leur passage aux urgences (34%).

Concernant les hospitalisations en psychiatrie adulte : il s'agit de 4 patients différents (1 même patient cumulant 4 hospitalisations en psychiatrie adulte). Ces hospitalisations ont eu lieu pour des enfants jugés trop agités pour être hospitalisés en pédiatrie, en l'absence de place dans le Service d'Hospitalisation Intersectoriel de Pédopsychiatrie (SHIP). Le plus jeune des patients hospitalisés en psychiatrie adulte avait 12 ans.

Concernant les hospitalisations au SHIP : il s'agit pour les 2 passages du même patient en hospitalisation séquentielle (agitation au cours d'une permission le week-end).

Lors du passage aux urgences pédiatriques ou pendant l'hospitalisation qui a suivie 16 informations préoccupantes ont été réalisées pour ces enfants.

Pour les patients dont un retour à domicile a été décidé lors de leur passage, 103 patients avaient une consultation externe évoquée à la fin du séjour aux urgences. L'orientation de fin de consultations a été analysée de plus près et retranscrite dans le tableau 2.

Tableau 2. Orientation post-urgences (n=103)

Orientation à l'issue de la consultation	Nombre d'occurrence
Poursuite suivi CMP	60
Attente place SHIP	7
Suivi pédopsychiatre libéral	7
Suivi pluriprofessionnel à l'ITEP	4
Coordonnées de l'ASE pour réactivation dossier	4
Coordonnées MDA	3
Coordonnées association « Ile à hélices »	3
Coordonnées association « Pâtes au beurre »	3
HDJ ados	3
Médecin traitant ou médecin scolaire	3
Accueil familial thérapeutique	1
Consultation UAED	1

5 – Retour aux urgences pédiatriques

Sur les 130 patients de l'étude, 35 (26,9%) sont venus au moins 2 fois au cours de l'année 2017.

Le tableau 3 répertorie le nombre de patients admis 1, 2, 3, 4 fois ou plus au cours de l'année.

Tableau 3. Nombre de patients admis aux urgences selon leur nombre de passages au cours de l'année (n=130)

Nombre de passage	Nombre de patients
1	95
2	20
3	11
4	3
11	1

Nous nous sommes intéressés aux caractéristiques des patients admis plus d'une fois. Les 35 enfants qui ont consulté au moins 2 fois aux urgences pédiatriques dans l'année étaient significativement plus suivis par l'ASE que les patients qui n'avaient consulté qu'une seule fois ($p=0,003$). Nous remarquons également que 43,5% des patients suivis par l'ASE avaient consulté une 2ème fois dans l'année (27 patients sur 62).

DISCUSSION

A – Caractéristiques et environnement de la population observée

On observe une population dont la moyenne d'âge est de 11,2 ans. Cette moyenne d'âge est bien plus jeune que celle rapportée par l'étude de Popa qui retrouvait une moyenne à 13 ans entre 2000 et 2002 (10), et qui est, rappelons-le, la seule étude s'intéressant aux jeunes entre 0 et 16 ans admis pour agitation. Ces données viennent confirmer, comme l'avaient évoqué Blondon et al (2) et l'équipe de Koener en Belgique (3), et comme ressenti par les professionnels, que la population des enfants et adolescents admis pour agitation aux urgences a rajeuni. Nous constatons une forte proportion d'enfants de moins de 11 ans, ce qui est une donnée nouvelle. L'agitation ne doit plus être considérée uniquement comme un trouble de l'adolescence, et les professionnels doivent être préparés à accueillir des enfants jeunes pour ce motif.

Concernant le sex-ratio, notre étude retrouve une forte proportion de garçons, ce qui est concordant avec les études et la revue de la littérature rapportant une différence symptomatologique selon le genre : les garçons consultent plus pour des troubles du comportement avec violence et agressivité, alors que les filles consultent plus pour des motifs en lien avec un trouble de l'humeur, des scarifications et des tentatives de suicide (1,2,11).

Une grande majorité de patients bénéficiaient déjà d'un suivi psychologique ou psychiatrique à l'admission, ce qui avait déjà été rapporté dans d'autres études (2,6,9), ce qui témoigne de troubles non récents. Le fait que ces enfants soient déjà suivis pourrait sembler paradoxal avec leur venue aux urgences, mais les structures ambulatoires étant saturées et ne disposant pas de créneaux d'urgences, les patients ne peuvent pas être vus de façon non programmée dans ces structures. Même si la situation est tendue depuis plusieurs semaines ou mois, le patient demande à être vu immédiatement : l'attente n'est plus tolérable, la souffrance

attend une réponse instantanée (3,12), ce qui les amène à consulter aux urgences plutôt que d'attendre une consultation programmée comme cela peut leur être proposé.

Ces patients arrivent en majorité aux urgences par ambulance, parfois non accompagnés d'un adulte. Cela souligne le vécu abandonnique important chez ces jeunes adressés sans accompagnant. L'implication ou non de la famille est un facteur pronostique fondamental dans la prise en charge des troubles du comportement selon Speranza (7), nous pouvons donc nous interroger lorsque la famille n'est pas présente lors de l'admission de l'enfant. Cela nous rappelle qu'il faut toujours prévenir la famille de l'arrivée de l'enfant afin de les inclure dans la prise en charge car leur participation est indispensable (13).

On remarque également un rôle important des lieux d'accueil collectif (école ou lieu de vie) dans les admissions de ces enfants : ils adressent 36,7% des enfants et dans 92,8% des cas en ambulance. On peut supposer que les éducateurs ou professeurs sont en manque de réponse, sont peu formés à ce type de situation et travaillent dans des institutions souffrant du manque de personnel. Ils adressent donc facilement directement aux urgences. On observe un lien avec l'école en regardant le rythme des passages : beaucoup moins de passages l'été et le week-end, ce qui avait déjà été remarqué dans d'autres études (14–17). Selon certains auteurs, l'école apparaît comme un catalyseur et un révélateur de difficultés. Les périodes de vacances seraient moins propices aux passages aux urgences en raison d'une baisse de pression scolaire et institutionnelle (14,16).

Comme l'avait déjà montré la revue de la littérature de Chatagner, les mineurs suivis par l'ASE sont sur-représentés chez les jeunes admis pour tout motif pédopsychiatrique (de 22,7% à 43% selon les études (1)). Les chiffres de notre cohorte viennent renforcer cette notion dans les admissions pour agitation puisque 47,7% des patients étaient connus du Conseil Départemental. On note également que plus d'un quart des patients ont été reconnus victimes de maltraitance. De nombreux travaux démontrent le lien entre violences subies et violences

agies, comme l'évoque G. Picherot (5,8) ou encore le rapport du Haut Comité de Santé Publique qui met en avant les troubles du comportements à type d'hétéro-agressivité des enfants victimes de violences familiales (18).

Certains patients cumulent les facteurs de risque précédemment cités et génèrent de nombreux passages aux urgences, comme l'évoque l'équipe de Zebiche et al sur les adolescents en grande difficulté : 8 patients ont généré 63 consultations et 37 hospitalisations, ils cumulaient l'ensemble des facteurs de risque (déscolarisation, placement judiciaire, comportement à risque, antécédent de maltraitance) (19). Dans notre étude, 1 seul patient a cumulé 11 passages aux urgences, 35 patients sont revenus dans l'année et la proportion de jeunes bénéficiant d'une mesure de protection passait à 62,8% si on s'intéressait uniquement aux enfants passant au moins 2 fois pour agitation. Ces enfants, dits « incasables », avec une intrication entre pathologie individuelle et sociale (20) reviennent donc fréquemment aux urgences, ce qui avait déjà été mis en évidence par plusieurs études (9,21,22). Ces données doivent venir renforcer notre vigilance vis-à-vis de la santé de ces enfants.

B – Prise en charge et orientation

86,4% des patients étaient calmes à l'arrivée, une nouvelle crise d'agitation aux urgences pédiatriques est très rare. Cela est concordant avec les autres études (9,10,16). L'agitation a pu être violente au départ, motivant l'appel d'une ambulance. Mais il est possible que l'appel ait été motivé par une situation globale problématique pour l'entourage et non pas une agitation violente nécessitant une prise en charge médicale immédiate. C'est la différence entre l'urgence ressentie par l'entourage, qui correspond à une crise dans l'équilibre de l'enfant et l'urgence réelle correspondant à un danger imminent (23,24). Même si l'enfant n'est pas en état d'agitation aiguë lors de son admission, il existe une situation de crise qui l'a amené à consulter, et il est important à ce moment-là de décoder la demande et de rechercher les facteurs

de risque chez ce patient. L'instant de post crise peut être un moment privilégié pour établir le dialogue. Le cadre contenant des urgences et la position de tiers des soignants peut favoriser l'ouverture d'un espace de dialogue entre le jeune et son milieu familial et social (23).

Tous les enfants n'ont pas eu d'examens cliniques alors qu'il est important d'éliminer toute cause organique à cette agitation, de plus cet examen permet de réinvestir le corps (16). Mais on sait que cet examen va dépendre du contact possible avec l'enfant (5), et que le raisonnement médical peut être gêné par une situation émotionnellement sidérante (9), ce qui peut expliquer que certains examens soient manquants.

La grande majorité des patients n'avait pas reçu de traitement, les patients arrivant calmes ou bien étant apaisés par le dialogue avec l'équipe. La majorité des traitements reçus était de la cyamémazine (Tercian®) en goutte, ce qui correspond au choix de molécule du protocole médical des urgences pédiatriques concernant l'agitation aiguë (annexe 4). Ce choix de molécule est conforme aux recommandations même si aucune étude ne compare les molécules entre elles (5,25). Sur 6 passages, la contention a été nécessaire, ce qui témoigne d'une très grande violence que les équipes n'ont pas pu gérer autrement. Dans l'étude de Laure Cohen réalisée en 2015 la contention n'avait jamais été utilisée (9). S'agit-il ici d'un reflet d'une majoration de la violence aux urgences pédiatriques avec des professionnels dépassés, ayant plus souvent recours à la contention ? Ces passages très violents peuvent être très marquants pour les enfants, leur famille et les soignants. Un patient a dû être surveillé en chambre d'isolement aux urgences psychiatriques adulte, les urgences pédiatriques ne possédant pas une telle pièce. L'absence de chambre d'isolement peut poser question quant à la surveillance et à la sécurité des jeunes patients agités, qui restent le plus souvent dans le bureau médical qui n'est pas une pièce pensée pour cette utilisation, et qui n'est pas sécurisée. Des pistes d'amélioration sont donc à envisager pour l'accueil de ces enfants admis pour agitation.

Moins d'un tiers des patients ont été hospitalisés, ce qui est assez peu comparé à d'autres études englobant l'ensemble des motifs pédopsychiatriques (14,15,26). Nous pouvons interpréter ces chiffres par la forte proportion de consultations externes proposées à l'issue du passage aux urgences. L'équipe de Blondon, qui s'est intéressée à l'évolution sur 20 ans des consultations pédopsychiatriques, fait également ce constat : diminution de 20% des hospitalisations sur 20 ans et augmentation des consultations externes après le passage aux urgences (2). Devant la multiplication des sites de consultation et le manque de lit en pédopsychiatrie, il peut paraître en effet important de privilégier l'ambulatoire, mais le suivi doit être cohérent. On remarque dans notre étude que de nombreux lieux sont proposés (maison des adolescents, CMP, associations, consultations de pédopsychiatre ou de psychologue libéral, UAED), mais nous ne savons pas si les familles s'y rendent réellement. Tous les lieux de consultations ne sont pas forcément connus du professionnel de santé prenant en charge l'enfant et il peut être difficile d'orienter le patient vers le lieu le plus propice. Pour le moment, aux urgences pédiatriques, la carte de la MDA est présente mais il pourrait être intéressant de proposer des cartes de visite des autres lieux d'écoute et d'accueil à la fin de la consultation, comme cela existe déjà aux urgences médico-psychologiques adulte de Nantes.

Même si les hospitalisations sont peu fréquentes dans notre étude, elles sont nécessaires dans certains cas, afin de proposer un répit, d'apaiser la situation. L'hospitalisation doit être cohérente dans le parcours de soin de l'enfant et doit pouvoir proposer une évaluation pédopsychiatrique (1). L'absence de pédopsychiatre dédié dans le service de pédiatrie, l'agitation encore importante de certains patients ou encore les périodes d'épidémie rendent l'hospitalisation dans le service de pédiatrie parfois peu cohérente. L'hospitalisation directe en urgence en pédopsychiatrie est quasiment impossible en raison du manque de place : en Loire-Atlantique seuls 15 lits au Secteur d'Hospitalisation Intersectoriel de Pédopsychiatrie (SHIP) sont disponibles, et les délais d'attente atteignent plusieurs mois. Ce qui amène donc parfois le

pédopsychiatre à prendre la décision difficile d'hospitaliser un enfant de moins de 15 ans en psychiatrie adulte faute d'autres possibilités, ce qui a été le cas à 7 reprises dans notre étude. Il paraît indispensable et urgent d'engager une réflexion sur la prise en charge possible de ces patients.

C – Forces et Limites de l'étude

Nous nous sommes donnés les moyens d'être exhaustifs avec les données PMSI, ce qui a permis d'obtenir un échantillon de 130 patients, permettant ainsi de faire nos statistiques sur un nombre assez conséquent de patients. De plus, nous avons peu de données manquantes sur certains items comparativement aux autres études. Par exemple, concernant les mesures de protection, il n'y a que 3 données manquantes alors que l'information était manquante pour 21 dossiers dans l'étude rétrospective réalisée par Cohen et al. en 2015 (9), absente dans l'étude de Popa (10), ou bien manquante dans 120 cas dans une thèse angevine de 2012 (15).

Mais nous sommes exposés à certains biais. Il s'agit d'une étude monocentrique, ce qui nous expose à un biais de sélection. Il serait intéressant d'avoir des études similaires dans d'autres centres afin de comparer les populations ainsi que les prises en charge. Nous nous sommes intéressés uniquement aux admissions faites aux urgences pédiatriques, ce qui a comme conséquence d'avoir un âge maximal de 15 ans et 3 mois dans notre étude avec certaines exceptions pour les patients déjà suivis par un pédiatre. L'inclusion des enfants plus âgés aurait permis d'obtenir un échantillon plus large et de s'intéresser à l'intégralité de la population pédiatrique jusqu'à 18 ans comme c'est le cas dans d'autres centres. Le fait de ne pas avoir inclus les adolescents plus âgés peut également abaisser notre moyenne d'âge comparativement à d'autres centres. Mais un des objectifs de l'étude était d'établir une réflexion sur la prise en charge au sein du service de pédiatrie, nous nous sommes donc limités à l'ensemble des patients admis dans ce service uniquement. Bien que l'étude soit prospective en raison du questionnaire

réalisé à l'avance et répété pour toutes les observations, certaines informations ont été extraites de dossiers informatiques uniquement, ce qui nous expose à un biais d'information.

D - Améliorer la prise en charge des patients

Ces enfants agités apparaissent comme particulièrement vulnérables. Il est nécessaire d'organiser autour d'eux un environnement stable et cohérent (1). Le lien entre institution socio-éducative et sanitaire doit être fort, étant donné la forte proportion de patients suivis par l'ASE. Il est important que chaque acteur connaisse l'offre de soin globale et travaille en réseau autour de l'enfant (9,10). Plusieurs équipes ont réfléchi sur le travail interdisciplinaire en amont des urgences. A Rouen, l'équipe de Podlipski a renforcé la connaissance de l'offre de soin globale des professionnels de santé et des acteurs sociaux en communiquant sur l'ouverture de consultation sans rendez-vous à la maison des adolescents et en mettant en place une consultation post-urgences sans hospitalisation nécessaire au préalable. Cela a permis de diminuer le taux de consultation aux urgences de 8% et le taux d'hospitalisation de 10% (14). A Toulouse, un réseau partenariat 31 (RAP31) permet de réunir l'ensemble des professionnels entourant l'enfant pour travailler la cohérence de l'accompagnement, et amener une continuité dans le suivi de l'enfant en désignant un référent soignant pour chaque enfant, les inscrivant dans un lien fiable (1). A la suite de la mise en place de ce réseau, les urgences pédiatriques ont vu significativement baisser les passages des moins de 15 ans pour motif pédopsychiatrique (16).

Pour renforcer la prise en charge ambulatoire, il est également important que les professionnels travaillant autour de l'enfant soient formés. On a pu voir dans cette étude que de nombreux enfants sont adressés par l'école et que le nombre de consultations est plus important en période scolaire. Il paraît donc nécessaire que le personnel de l'éducation nationale soit sensibilisé à ces problématiques et puissent connaître des techniques de désamorçage de la crise

(14). Il en est de même avec les éducateurs présents dans les lieux d'accueil collectif, qui ont besoin d'être formés et soutenus dans l'accompagnement parfois difficile de ces enfants.

Mais pour certains patients, le suivi ambulatoire ne suffit plus, les moyens sont dépassés et désorganisés. Il faut prendre le temps de désamorcer la crise, pour permettre d'organiser au mieux le projet de soin en aval. Le temps de la crise est propice à la réorganisation du suivi de l'enfant et une évaluation prolongée par une équipe au fait des dynamismes de crise permet une prise en charge adaptée (7,23). Cette évaluation par une équipe expérimentée est difficile à réaliser aux urgences en raison de la temporalité propre au service et du peu d'acteurs dédiés à la pédopsychiatrie présents sur place. L'hospitalisation en pédopsychiatrie n'est pas toujours nécessaire. Mais elle peut se réfléchir autrement, par une hospitalisation plus courte, sur des lits dédiés, permettant de réarticuler les différents acteurs autour de l'enfant. Dans la littérature, de plus en plus de spécialistes se penchent sur ces lits dits « de crise » proposant une hospitalisation courte de quelques heures à 2-3 jours maximum. L'équipe de Koener en Belgique rapporte l'intérêt de ces lits de crise par rapport au service de pédiatrie générale pour la gestion de la sortie, et pour avoir une équipe dédiée et expérimentée (3). Ce constat est également fait par l'équipe de Jansen dans une revue de la littérature rapportant des données intéressantes sur ces hospitalisations courtes (24). Ces unités sont parfois complétées par un accueil téléphonique pour éviter les passages inutiles aux urgences et des consultations d'urgences comme c'est le cas à l'unité d'accueil de la fondation Vallée à Bicêtre, qui permet une plus grande flexibilité (7,12). A Toulouse, un hôpital de jour réactif a été mis en place : il se propose de rencontrer l'enfant dans les 24h après la demande du médecin et ensuite proposer un programme d'hôpital de jour, qui reste réactif en cas de besoin accru à un moment de la vie de l'enfant. Ce dispositif permet une souplesse parfois difficile dans les hôpitaux de jour classiques (1). Ces unités fonctionnent : l'étude CARES aux Etats-Unis a montré une diminution significative de la durée moyenne de séjour aux urgences pédiatriques et du coût du passage en laissant plus de lits

disponibles à visée médicale sur le service de pédiatrie après l'ouverture de 6 lits de crise (27). Ces différents projets offrent une flexibilité plus grande face à des jeunes au profil parfois complexe et permettent de questionner notre offre de soin actuel.

Une autre mesure permettant l'amélioration de la prise en charge de ces patients aux urgences pédiatriques serait de mettre à disposition des soignants un questionnaire de consultation protocolisé. En effet nous avons observé dans notre étude que certains examens cliniques étaient manquants, que la question de la prise de toxique ou de l'existence de mises en danger n'était pas toujours posée. Une utilisation du questionnaire de cette étude (annexe 1), qui pourrait être retravaillé afin d'être plus concis pourrait permettre une harmonisation des interrogatoires et un examen clinique plus systématique de ces patients. Comme nous l'avons vu, la prise en charge de ces patients peut être sidérante pour le soignant, un outil reproductible à chaque consultation pourrait permettre d'être plus systématique afin de pouvoir aider les autres professionnels de santé prenant en charge secondairement l'enfant, tel que le pédopsychiatre.

CONCLUSION

Notre étude a permis de mieux caractériser les patients admis pour agitation au CHU de Nantes. Il s'agit d'une population de patients jeunes, dont la moyenne d'âge est de 11,2 ans. Au vu de l'âge des patients admis, l'agitation ne peut donc plus être attribuée à la seule population adolescente. Ces patients ont un parcours scolaire et familial difficile et près de la moitié sont déjà connus du Conseil départemental. Ces facteurs de fragilité doivent être systématiquement recherchés lors de la prise en charge de ces enfants. Pour cela, un questionnaire de consultation protocolisé pourrait être mis en place aux urgences pédiatriques afin d'être systématique dans la recherche de ces facteurs pour ne pas tomber dans des pièges somatiques. Ces patients sont régulièrement adressés par leur école ou leur lieu de vie et sont souvent adressés par ambulance, sans accompagnants. Il nous paraît donc important que des liens forts puissent être établis entre l'Aide Sociale à l'Enfance, les professionnels de santé, les éducateurs et les enseignants travaillant autour de l'enfant. Afin d'articuler au mieux ces intervenants, une unité d'hospitalisation de courte durée permettrait de réorganiser le suivi et la prise en charge de l'enfant évitant des retours multiples aux urgences. Pour aller dans ce sens, le CHU de Nantes va mettre en place en fin d'année 2018 un nouveau poste d'assistant en pédopsychiatrie ainsi qu'une puéricultrice d'accueil aux urgences pédiatriques afin de prendre en charge ces enfants. Ces nouvelles mesures pourront être réévaluées ultérieurement par une autre étude.

BIBLIOGRAPHIE

1. Chatagner A, Raynaud J-P. Adolescents et urgences pédopsychiatriques : revue de la littérature et réflexion clinique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1 janv 2013;61(1):8-16.
2. Blondon M, Périsset D, Unni S-K-E, Wilson A, Mazet P, Cohen D. L'accueil d'urgence en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: évolution sur 20 ans dans un site hospitalo-universitaire. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. avr 2007;55(1):23-30.
3. Koener B, Deschietere G, de Becker E. Les urgences pédopsychiatriques aux cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles : état des lieux et pertinence de la création de lits de crise. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1 nov 2015;63(7):482-9.
4. Conférence de consensus: « L'agitation en urgence (petit enfant excepté) ». *JEUR*. 2003;16:58-64.
5. Picherot G, Dufilhol-Dreno L, Amar M. Agitation du grand enfant et de l'adolescent à l'urgence. *JEUR*. 2003;16:227-32.
6. Duverger P, Picherot G, Champion G, Dreno L. Turbulences aux urgences pédiatriques. Agitation de l'enfant et de l'adolescent. *Archives de Pédiatrie*. 1 juin 2006;13(6):819-22.
7. Speranza M, Laudrin S, Guillemet I. Urgences et intervention de crise en psychiatrie infanto-juvénile. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2002;(50):562-7.
8. Picherot G, Stheneur C, Cheymol J, Caquard M, Caldagues E, Dreno L. Violences subies et violences agies : rencontres pédiatriques avec des adolescents dans la tourmente. *Archives de Pédiatrie*. 1 juin 2010;17(6):940-1.
9. Cohen L, Gras-Le Guen C, Fleury J, Caldagues E, Dreno L, Picherot G, et al. Agitation des adolescents dans les services d'accueil des urgences pédiatriques : problématique des cas dits « complexes ». *Archives de Pédiatrie*. 1 déc 2017;24(12):1214-9.
10. Popa CM. Crise d'agitation avec hétéro-agressivité. A partir d'une expérience aux Urgences Pédiatriques du CHU d'Angers (2000-2002). Angers; 2003.
11. Kennedy A, Cloutier P, Glennie JE, Gray C. Establishing Best Practice in Pediatric Emergency Mental Health: A Prospective Study Examining Clinical Characteristics. *Pediatric Emergency Care*. 1 juin 2009;25(6):380-6.
12. Chambry J. Urgences et pédopsychiatrie. *Archives de Pédiatrie*. juin 2010;17(6):682-3.
13. Duverger P, Picherot G, Togora A. Accueil de l'enfant et de l'adolescent agité aux urgences pédiatriques. *Cahiers de la puéricultrice*. oct 2007;(210):8-13.
14. Podlipski M-A, Peuch A-C, Belloncle V, Rigal S, Grall-Lerosay M, Castanet M, et al. Accueil en urgence des adolescents pour motif pédopsychiatrique. *Archives de Pédiatrie*. 1 janv 2014;21(1):7-12.
15. Bodin A-L. Etude sur les admissions pédopsychiatriques aux urgences pédiatriques du CHU d'Angers en 2012. Angers; 2014.

16. Pinquier A, Vignes M. Des enfants dans l'urgence. *Empan*. 2011;84(4):56.
17. Carubia B, Becker A, Levine BH. Child Psychiatric Emergencies: Updates on Trends, Clinical Care, and Practice Challenges. *Current Psychiatry Reports* [Internet]. avr 2016 [cité 19 avr 2018];18(4). Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s11920-016-0670-9>
18. Haut comité de la santé publique. Rapport Violences et santé. 2004.
19. Zebiche H, Blanc B, Legras S, Maestracci M, Rodière M. Adolescents en grande difficulté aux urgences. *Journal Européen des Urgences*. 1 mars 2008;21:A117.
20. Desquesnes G, Proia-Lelouey N. Le sujet « incasable », entre psychopathologie et limite institutionnelle. *Sociétés et jeunesse en difficulté* [Internet]. Automne 2011;(12). Disponible sur: <http://sejed.revues.org/7319>
21. Chatagner A, Olliac B, Choquet L-H, Botbol M, Raynaud J-P. Adolescents reçus en urgence en psychiatrie infanto-juvénile. Qui sont-ils ? Quel est leur parcours ? Quel suivi social et/ou judiciaire ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1 mars 2015;63(2):124-32.
22. Newton AS, Ali S, Johnson DW, Haines C, Rosychuk RJ, Keaschuk RA, et al. Who comes back? Characteristics and predictors of return to emergency department services for pediatric mental health care. *Acad Emerg Med*. févr 2010;17(2):177-86.
23. Laudrin S, Speranza M. Crise et urgence en pédopsychiatrie. *Enfances & Psy*. 2002;18(2):17.
24. Janssens A, Hayen S, Walraven V, Leys M, Deboutte D. Emergency psychiatric care for children and adolescents: a literature review. *Pediatric emergency care*. 2013;29(9):1041–1050.
25. Chun TH, Katz ER, Duffy SJ, Gerson RS. Challenges of Managing Pediatric Mental Health Crises in the Emergency Department. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. janv 2015;24(1):21-40.
26. Grimault H. Les urgences psychosociales aux urgences pédiatriques: caractéristiques et modalités de prise en charge. Nantes; 2007.
27. Rogers SC, Griffin LC, Masso Jr PD, Stevens M, Mangini L, Smith SR. CARES: improving the care and disposition of psychiatric patients in the pediatric emergency department. *Pediatric emergency care*. 2015;31(3):173–177.

ANNEXES

Annexe 1. Questionnaire utilisé pour l'inclusion des patients

Questionnaire agitation aux urgences pédiatriques de Nantes

Date:

Nom:

Prénom:

Date de naissance :

Heure d'arrivée :

Heures de sortie des urgences:

Ou collez étiquette du patient

Première partie: Accueil

Adressé par : Famille

Assistant familial (famille d'accueil)

Lieu d'accueil collectif Si oui nom de l'établissement

Médecin libéral

Autre:

Mode d'arrivée aux urgences: véhicule personnel

Ambulance

Appel du 15: oui/ non

Accompagné à l'admission par : au moins un parent

Educateur

Autre

Seul non accompagné

A l'arrivée aux UP: Calme / Agité

Deuxième partie: Evaluation

Lieu de vie: domicile parental

Lieu d'accueil collectif Si oui nom de l'établissement

Assistant familial Si oui de quelle institution (ASE, CDEF,

Association)

Autre:

Situation familiale : couple parental

Parents séparés

Monoparentale

Adoption

Autre:

Mesure de protection en cours:

Evaluation par le Conseil Départemental en cours (suite à une information préoccupante ou à la demande des parents)

Mesure administrative (AED)

Mesure judiciaire : aide éducative (AEMO, AEIMF)

Placement judiciaire

Scolarité : classique

Structure spécialisée (ITEP, IME, ULIS)

Déscolarisation ou graves difficultés scolaires

ATCD : médicaux
Psychiatriques:

Nombre de passage antérieur aux UP : Pour agitation
Autre:

Suivi psychologique ou psychiatrique antérieur:

Non
Psychologue libéral
Psychologue scolaire
Pédopsychiatre libéral
CMP
Maison des ados
Autre:

Patient connu de l'UAED? Oui / Non

Traitement habituel:

Consommation alcool/tabac/toxique, si oui le(s) quel(s) et quantité:

Autres Conduites à risque, mises en danger : Fugues, rapports sexuels précoces ou non protégés / tentative de suicide / exposition sur les réseaux sociaux / actes délinquants
Si oui lesquels

Suspicion de maltraitance: oui /non

Si oui: violences conjugales/ maltraitance physique/ psychologique / négligences lourdes / violences sexuelles

Examen initial effectué par: externe / interne / médecin sénior / autre:

Particularité de l'examen clinique :

Lésions cutanées inquiétantes : scarifications, ecchymoses anormales

Constantes: prises/ non prises

Examen complémentaire: oui/non,

Si oui: le(s) quel(s)?

Si patient calme à l'admission: nouvelle agitation aux UP? Oui / non

Traitement aux UP : aucun

Traitement médicamenteux per os, si oui lequel

Traitement médicamenteux IM, si oui lequel

Contention physique

Troisième partie: Orientation

Avis pédopsychiatrique pris: oui / non

Si oui : avis téléphonique / entretien aux UP

Modification traitement habituel: oui / non

Hospitalisation: oui /non

Si oui lieu: Pédiatrie / UHCD / SHIP / Psychiatrie adulte

Suite prévue:

Où ?

Information préoccupante / Signalement

Annexe 2. Note d'information à destination des parents



Note d'information à destination des parents pour la participation à la recherche:

« Etude descriptive sur les adolescents admis pour agitation aux Urgences Pédiatriques du CHU de Nantes »

Médecin investigateur

Nom : Dr Nathalie VABRES

Service : Pédiatrie

Téléphone : 02 40 08 44 54

Responsable de la recherche

Nom : CHU de Nantes

Adresse : 5 allée de l'île Gloriette, 44 093 NANTES

Principaux contacts: Secrétariat du Département Promotion

Téléphone : 02 53 48 28 35

Ce document est remis au représentant du patient
Un exemplaire est conservé dans le dossier médical

Madame, Monsieur,

Le service des Urgences Pédiatriques du Centre Hospitalier et Universitaire de Nantes effectue une recherche concernant les enfants et adolescents se présentant aux urgences pédiatriques de Nantes pour crise d'agitation pendant l'année 2017. Cette recherche consiste à recenser et à décrire ces adolescents afin de mettre en avant des dénominateurs communs et de mieux les connaître. Elle consiste également à décrire leur prise en charge aux urgences.

En effet il n'existe que très peu d'études décrivant ces adolescents notamment leur mode de vie, et dans l'état actuel des connaissances il est difficile de mettre en avant des axes de prévention de ces crises d'agitation.

C'est pourquoi cette étude pourrait nous permettre de mieux connaître ces adolescents et permettre ainsi de prévenir leur crise et d'améliorer leur prise en charge.

Cette recherche est réalisée à partir de données médicales collectées au cours de la prise en charge de votre enfant. Elle pourra également comprendre les données relatives aux habitudes de vie de votre enfant. Il n'y a pas de questionnaires à remplir et il n'y aura pas d'examen supplémentaires liés à l'étude.

La participation de votre enfant est facultative. Si vous refusez, cela ne modifiera en rien sa

prise en charge au sein du service.

Cette recherche ne présente pas de risque pour la santé de votre enfant. Les résultats qui en seront issus ne permettront pas d'apporter des informations pertinentes pour sa santé en particulier. Ils favoriseront le développement des connaissances dans le domaine des crises d'agitation de l'enfant et l'adolescent.

Votre médecin pourra vous informer ou informer votre enfant, sur votre demande ou sur la sienne, des résultats globaux de cette recherche.

Pour être menée à bien, cette recherche nécessite la mise en œuvre d'un traitement informatisé des données personnelles de votre enfant afin de permettre d'analyser les résultats. Un fichier informatique comportant les données de votre enfant va donc être constitué. Par mesure de confidentialité et pour respecter la vie privée de votre enfant, ces données seront systématiquement codées et anonymisées. Seuls les professionnels de santé personnellement en charge du suivi de votre enfant auront connaissance de ces données nominatives.

Conformément à la loi, votre enfant dispose d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données enregistrées sur informatique, à tout moment, par l'intermédiaire de son médecin. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées et d'être traitées dans le cadre de cette recherche. Votre enfant peut exercer ses droits d'accès et de rectification auprès du Docteur mentionné au début de ce document.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser la participation de votre enfant à la recherche qui vous est présentée. Si vous acceptez, vous êtes libre de changer d'avis à tout moment sans avoir à vous justifier et votre décision ne portera aucun préjudice à la qualité de la prise en charge de votre enfant. Si vous refusez la participation de votre enfant, les données ne seront pas utilisées pour cette recherche et resteront destinées à l'usage strict du soin.

Le médecin qui vous a proposé la recherche et vous a donné oralement toutes les informations nécessaires peut répondre à toutes vos questions et à celles de votre enfant.

Merci de conserver cette notice d'information

Annexe 3. Note d'information à destination du patient



A destination des patients pour la participation à la recherche :

« Etude descriptive sur les adolescents admis pour agitation aux Urgences Pédiatriques du CHU de Nantes »

Médecin investigateur

Nom : Dr Nathalie VABRES

Service : Pédiatrie

Téléphone : 02 40 08 44 54

Responsable de la recherche

Nom : CHU de Nantes

Adresse : 5 allée de l'île Gloriette, 44 093 NANTES

Principaux contacts : Secrétariat du Département Promotion

Téléphone : 02 53 48 28 35

Ce document est remis au patient

Un exemplaire est conservé dans le dossier médical

Bonjour,

Le service des Urgences Pédiatriques du Centre Hospitalier et Universitaire de Nantes effectue une recherche concernant les enfants et adolescents se présentant aux urgences pédiatriques de Nantes pour crise d'agitation pendant l'année 2017.

Cette étude pourrait nous permettre, grâce à l'amélioration de nos connaissances dans ce domaine, de mieux prévenir ces crises et d'améliorer leur prise en charge dans nos services.

Cette recherche est réalisée uniquement à partir de données médicales collectées au cours de ta prise en charge aux urgences. Elle pourra également comprendre les données relatives à tes habitudes de vie. Il n'y a pas de questionnaires à remplir et il n'y aura pas d'examens supplémentaires liés à l'étude.

Ta participation à l'étude est facultative. Tu as de droit de refuser cette recherche et cela ne modifiera en rien tes relations avec l'équipe soignante et ta prise en charge au sein du service.

Cette recherche ne présente pas de risque pour ta santé. Les résultats ne permettront pas d'apporter des informations pertinentes pour ta santé en particulier mais favoriseront le développement des connaissances dans ce domaine. Ton médecin pourra t'informer, sur ta demande, des résultats globaux de cette recherche.

Pour être menée à bien, cette recherche nécessite un traitement informatisé des données personnelles recueillies afin de permettre d'analyser les résultats. Un fichier informatique va donc être constitué. Par mesure de confidentialité et pour respecter la vie privée des

participants, les données seront identifiées par un numéro de code. Toutes les données seront ainsi anonymisées.

Le médecin qui t'a proposé la recherche et t'a donné oralement toutes les informations nécessaires peut répondre à toutes tes questions.

Merci de conserver cette notice d'information

Annexe 4. Protocole de la prise en charge de la crise d'agitation des UP de Nantes



AGITATION AIGUE AUX URGENCES

05/09/2014

1. OBJECTIFS

Ce mode opératoire décrit les modalités de diagnostic et de prise en charge des états d'agitation aiguë de l'enfant.

2. DOMAINE D'APPLICATION

Ce mode opératoire concerne la prise en charge des patients aux urgences pédiatriques et s'adresse aux professionnels de ce service.

3. DESCRIPTION

3.1. ENFANTS CONCERNES

- Enfant de plus de 6 ans,
- Activité incontrôlable,
- Mise en danger par l'agitation.

3.2. TOUJOURS ESSAYER DE CALMER SANS THERAPEUTIQUE MEDICAMENTEUSE

Aborder l'adolescent en connaissant son nom et si possible son histoire, entretien accompagné d'un ou plusieurs soignants, en s'assurant que le patient connaît la fonction et l'identité de chacun.

Accueil personnalisée, attentive respectueuse et empathique.

- Zone de calme, environnement sécurisant
- Séparation de la famille ou du milieu éducatif habituel,
- Proposition d'hospitalisation (qui souvent calme les troubles du comportement),
- Eviter les gestes ou les propos agressifs, approche calme mais ferme, sans être trop intrusif ni forcer le discours
- Se protéger et protéger les soignants. La présence d'autres d'adultes (éventuellement de la sécurité) peut être contenante et permettre de calmer l'agitation.

3.3 ELIMINER UNE PATHOLOGIE ORGANIQUE

Prendre si possible les constantes : en particulier TA, température

Y penser :

- si l'enfant est de jeune âge,
- et si fièvre, contexte traumatique, trouble de conscience ou agitation délirante et confuse.

Les principales causes organiques sont neurologiques, métaboliques, toxiques (alcool ++, drogues, médicament), traumatiques.

3.4. CONTACT DU PEDOPSYCHIATRE de jour ou d'astreinte.

Si besoin, le pédopsychiatre peut être appelé.

La journée, appel de l'équipe de pédo-psychiatrie, après avis du sénior des urgences, via l'interne de pédopsychiatrie ou le secrétariat 83 667.

Le soir ou le WE, appel du pédopsychiatre d'astreinte, dont les coordonnées sont disponibles via le SHIP : 02.40.20.70.20.

3.5. THERAPEUTIQUES

- Urgence absolue car l'attente et le retard de prise en charge majeure le risque de violence
- Contention difficile et dangereuse exceptionnellement nécessaire (avec aide +++ de sécurité). Elle peut être utile
 - en cas d'échec de la prise en charge relationnelle
 - ou en cas d'agitation sévère ou en cas de mise en danger du patient .

Elle sera temporaire et courte, L'indication sera réévaluée très régulièrement et associée à la prescription d'un traitement injectable neuroleptique sédatif ++. Elle nécessite une surveillance clinique et comportementale constante.

- Thérapeutique médicamenteuse non systématique mais nécessaire si l'agitation se prolonge

Neuroleptiques : la voie orale (goutte) est à privilégier mais ne doit pas être l'objet d'une négociation sans fin.

On prescrira essentiellement :

Tercian voie orale:

1 goutte / kg (1 goutte = 1mg)

effets indésirables possibles mais peu fréquents

Tercian voie intramusculaire :

25mg soit ½ ampoule au-dessus de 30kg

Exceptionnellement après avis psychiatrique :

Loxapac voie intramusculaire

utilisable uniquement après 10ans

½ ampoule soit 25mg jusqu'à 50 kg

1 ampoule soit 50mg après 50kg

utilisation à réserver aux violences incontrôlables

hospitalisation indispensable et surveillance par scope

effets indésirables fréquents (dyskinésie, troubles respiratoires, hypotension)

Surveillance tensionnelle et clinique.

Rester auprès du jeune jusqu'à apaisement

Le relais de ces traitements est soumis à un avis pédopsychiatrique.

3.6. SUITES

L'hospitalisation en pédiatrie est systématique après la fin de l'épisode d'agitation.

Une hospitalisation en psychiatrie au SHIP peut être parfois nécessaire. Elle est soumise à l'avis du pédopsychiatre d'astreinte.

L'aide du secteur de psychiatrie d'urgence peut être demandée en particulier pour les adolescents très agités.

BIBLIOGRAPHIE

Turbulences aux urgences pédiatriques. Agitation de l'enfant et de l'adolescent

Archives de Pédiatrie, Volume 13, Issue 6, June 2006, Pages 819-822

P. Duverger, G. Picherot, G. Champion, L. Dre

Conférence de consensus, l'agitation en urgence. ANAES et JEUR, 2003, 16, 58-64

Crise et urgence à l'adolescence, P Duverger, MJ Guedj Bourdieu – Masson, 2013. Agitation p 195-203

TITRE DE THESE : Crise d'agitation chez les enfants et adolescents au CHU de Nantes en 2017

RESUME

Introduction : L'agitation est un motif d'admission aux urgences pédiatriques en augmentation avec une population qui tend à rajeunir. L'objectif principal était de décrire les enfants et adolescents admis pour crise d'agitation aux urgences pédiatriques de Nantes et secondairement de discuter la problématique de leur prise en charge.

Matériel et Méthodes : Etude épidémiologique, observationnelle, descriptive, monocentrique et prospective menée aux urgences pédiatriques de Nantes. Ont été inclus les enfants sans limite d'âge admis pour crise d'agitation avec hétéro-agressivité entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2017 à l'aide d'un questionnaire.

Résultats : 130 patients ont été inclus représentant 191 passages. La moyenne d'âge était de 11,2 ans $\pm$ 2,6, avec un sex-ratio de 3,5 au profit des garçons. 76,9% avaient un suivi psychologique en cours. 47,7% étaient connus du conseil départemental. 68,6% étaient arrivés par ambulance aux urgences pédiatriques et 86,4% étaient calmes à l'admission. 29,3% des patients ont été hospitalisés. 26,9% des patients sont venus au moins 2 fois au cours de l'année et ces patients étaient significativement plus suivis par l'Aide Sociale à l'Enfance que ceux ne consultant qu'une seule fois.

Conclusion : Nous observons une population jeune, au parcours complexe. La pluridisciplinarité est indispensable pour ces patients pour coordonner au mieux le parcours et la prise en charge. Pour apporter une réponse à cette crise, une hospitalisation de courte durée pourrait permettre une réorganisation des acteurs autour de l'enfant pour permettre une prise en charge pluridisciplinaire adaptée.

MOTS CLES

adolescent, agitation, enfant, pédopsychiatrie, urgences pédiatriques