

**UNIVERSITE DE NANTES**

FACULTE DE MEDECINE

Année 2007

N°10

**THESE**

Pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Qualification en Médecine Générale

par

**Hélène GRIMAUD**

Née le 6 mai 1978 à Cholet

Présentée et soutenue publiquement le 27 mars 2007

**LES URGENCES PSYCHOSOCIALES AUX  
URGENCES PEDIATRIQUES :  
CARACTERISTIQUES ET MODALITES DE PRISE EN  
CHARGE**

Président du jury : Monsieur le Professeur Mouzard  
Directeur de thèse : Monsieur Georges Picherot.

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	5
<b>DEFINITIONS</b> .....	6
1) Spécificité de l'urgence en pédopsychiatrie .....	6
2) La pédopsychiatrie aux urgences .....	7
3) La pédopsychiatrie de consultation-liaison.....	8
2.1 Définition .....	8
2.2 Différents champs d'action .....	8
2.3 Le rôle de la pédopsychiatrie de liaison .....	8
4) Les urgences sociales .....	9
<b>MODALITES ACTUELLES DE PRISE EN CHARGE</b> .....	12
1) Les tentatives de suicide (TS) .....	10
1.1 Problèmes soulevés par une tentative de suicide chez un adolescent .....	10
1.2 Principes généraux de la prise en charge des adolescents suicidants.....	10
1.3 Prise en charge des adolescents suicidants aux urgences hospitalières .....	11
1.4 Prise en charge après la période de soins aux urgences .....	12
2) La maltraitance à enfants .....	13
2.1 Définition .....	13
2.2 Epidémiologie .....	13
2.3 Facteurs de risque.....	14
2.4 Prise en charge de la maltraitance aux urgences .....	15
2.5 Orientation après les urgences.....	16
3) L'ivresse aiguë .....	17
3.1 Epidémiologie .....	17
3.2 Types d'alcoolisation chez les adolescents .....	17
3.3 Facteurs de risque d'IEA à l'adolescence .....	17
3.4 Prise en charge aux urgences .....	18
<b>MATERIEL ET METHODES</b> .....	20
1) Patients .....	20
2) Organisation du service des urgences pédiatriques .....	20
3) Recueil des données .....	21
4) Analyse statistique .....	22
<b>RESULTATS</b> .....	23
1) Données épidémiologiques .....	23

1.1 Répartition par sexe.....	23
1.2 Répartition par âge .....	23
1.3 Répartition sur la période étudiée.....	24
1.4 Répartition dans la semaine.....	25
1.5 Répartition dans la journée.....	26
2) Motifs d'admission .....	27
3) Qui l'adresse ?.....	28
4) Qui l'accompagne ? .....	29
5) Lieu de vie.....	30
6) Antécédents.....	31
7) Traitement actuel médicamenteux .....	33
8) Activités extrascolaires .....	34
9) Consommation de produits addictifs .....	34
10) Prise en charge aux urgences pédiatriques.....	36
10.1 Prise des constantes et examen physique .....	36
10.2 Bilan complémentaire .....	36
10.3 Avis pédopsychiatrique .....	37
10.4 Place de l'assistante sociale.....	38
10.5 Traitement d'urgence .....	38
10.6 Indication à un traitement.....	38
10.7 Orientation à partir des urgences pédiatriques (UP) .....	40
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>41</b>
1) Données épidémiologiques .....	41
1.1 Age et sexe .....	41
1.2 Répartition dans la journée, la semaine et l'année .....	42
2) Motifs d'admission .....	43
3) Qui l'adresse ?.....	44
4) Qui l'accompagne ? .....	45
5) Lieu de vie.....	45
6) Antécédents personnels et familiaux .....	46
6.1 Antécédents personnels .....	46
6.2 Antécédents familiaux.....	47

7) Traitement actuel médicamenteux .....	47
8) Activités extrascolaires .....	48
9) Consommation de produits addictifs .....	48
10) Prise en charge aux urgences pédiatriques.....	49
10.1 Eliminer une pathologie organique .....	49
10.2 Collaboration pédiatre-psychiatre .....	50
10.3 Place de l'assistante sociale.....	51
10.4 Traitement d'urgence .....	51
10.5 Indication à un traitement.....	52
10.6 Orientation à partir des UP .....	53
10.7 Difficultés rencontrées par l'équipe soignante.....	54
11) Existe-t-il un modèle idéal de prise en charge des urgences psychosociales ?.....	54
11.1 Atouts et faiblesses du modèle nantais.....	54
11.2 Autres modèles Français .....	55
<b>BIAIS ET LIMITES</b> .....	57
1) Les biais .....	57
2) Les limites.....	57
<b>CONCLUSION</b> .....	58
ABREVIATIONS .....	59
ANNEXE 1 .....	60
ANNEXE 2 : Questionnaire.....	61
ANNEXE 3 : Protocoles .....	63
BIBLIOGRAPHIE .....	66

## INTRODUCTION

Ce n'est que depuis quelques années que l'on s'intéresse à l'urgence psychiatrique de l'enfant. En effet, la circulaire relative à la prise en charge des urgences psychiatriques date du 30 juillet 2006. Peu de revues scientifiques et de traités de psychiatrie l'ont abordée.

F.Goareguer et J-Y Hayez (1) expliquent qu'elle peut être méconnue lorsqu'elle se manifeste sous la forme d'une plainte somatique. En effet chez l'enfant les intrications entre le somatique et le psychique sont telles que le corps est souvent l'expression de la désorganisation mentale. La dimension psychiatrique n'est alors pas souvent perçue par la famille qui adresse l'enfant au médecin généraliste ou directement aux urgences.

A l'inverse, l'urgence ressentie par la famille peut différer de la définition du clinicien. Ce n'est pas pour autant qu'il faut la négliger.

En France, C Vidailhet a publié en 1995 un article sur le service de psychiatrie à l'hôpital d'enfants de Nancy, comprenant une unité de réponse aux urgences pédopsychiatriques. Il souligne bien la difficulté qu'ils ont rencontrée avant que cette unité soit acceptée.

Une étude a été réalisée en 2002 aux Etats Unis dans un hôpital de Baltimore à Maryland(2) sur la démographie et les caractéristiques cliniques des enfants arrivant dans le service des urgences pédiatriques, ainsi que le taux d'admission et la durée de séjour dans le service. Il en ressort que la plupart des enfants ayant un problème psychiatrique sont accueillis aux urgences pédiatriques par une équipe non adaptée et pas assez formée à ces pathologies. Leurs efforts devraient se porter sur la prévention au sein des écoles et des autres structures de vie, associée à des équipes médicales formées aux maladies mentales.

Mais depuis cette époque, on a très peu de données sur l'évolution de la prise en charge des urgences pédopsychiatriques en France.

On constate également de plus en plus de situations de précarité et de difficultés socio-économiques dans les familles qui consultent et que l'hôpital doit prendre en compte. Il reprend ainsi son rôle « d'assistance publique ».

Au cours de mon stage aux urgences pédiatriques de Nantes, j'ai constaté que les admissions pour raisons psychosociales étaient relativement fréquentes. Il m'a alors paru intéressant de définir un peu plus les raisons de leur venue aux urgences, leur profil, le contexte familial et aussi déterminer si un service d'urgences pédiatriques générales est adapté à leur prise en charge.

## DEFINITIONS

Nous allons d'abord présenter les urgences pédopsychiatriques et le rôle du pédopsychiatre, puis définir les urgences sociales que l'on peut rencontrer dans un service d'urgences pédiatriques et en particulier à Nantes.

### **1) Spécificité de l'urgence en pédopsychiatrie**

A la différence des urgences médico-chirurgicales, l'urgence en psychiatrie se situe à l'interface entre l'hôpital et la communauté car de nombreux facteurs interfèrent : médicaux, psychologiques, développementaux, familiaux, sociaux, etc.

La pédopsychiatrie doit donc gérer la situation en tenant compte des facteurs internes ou propres à l'enfant mais aussi des facteurs externes (20).

La notion d'urgence est particulière car elle est plus ressentie qu'évaluée. Elle vient de l'entourage qui est dépassé dans sa fonction de contenant. Les urgences pédopsychiatriques sont rarement des états pathologiques aigus : la symptomatologie est souvent déjà ancienne, la nouveauté est qu'elle n'est brusquement plus supportée.

S'agit-il alors de vraies urgences ?

C.Vidailhet dit qu'à partir du moment où la détresse est ressentie, elle est toujours vraie et impose d'être prise en compte dans des délais d'intervention rapide, même si les réponses à apporter peuvent, elles, être différées.

Arrivent aux urgences des situations de crises relationnelles où la communication par la parole devient impossible et passe par le corps et/ou par l'acte, ce qui situe l'urgence psychiatrique sur le versant somatique et social.

Ceci risque d'arriver de plus en plus dans une société où le service d'urgences des hôpitaux généraux et les médecins généralistes reprennent, dans bien des cas, les rôles jadis assumés par la « famille élargie ». Cette dernière est en effet trop souvent éloignée, dispersée, négligée. On n'y fait plus référence (8).

D'autre part, lorsque l'expression d'un problème psychiatrique chez l'enfant se fait par le biais de somatisations, la dimension psychiatrique n'est pas toujours perçue. Une telle dimension est parfois niée par le généraliste ou le pédiatre qui se trouve moins à l'aise devant cet aspect de la prise en charge (8). Ce sont les « urgences silencieuses ».

Le pédiatre urgentiste doit donc être formé à ces aspects psychologiques, savoir poser les indications d'un examen pédopsychiatrique.

## **2) La pédopsychiatrie aux urgences**

Il fut une époque où l'on parlait de l'urgence pour dire qu'elle ne devait pas exister si la prévention était convenablement effectuée. Nous n'en sommes plus là. Aujourd'hui la création de services d'accueil et de traitement des urgences (SAU), puis des Unités de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) et des Pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences (POSU), s'est généralisée à l'ensemble du territoire.

Puis les décrets du 9 mai 1995 et du 30 mai 1997 imposent aux établissements hospitaliers comprenant un SAU d'établir une convention avec les secteurs psychiatriques correspondant à l'aire d'attraction géographique du service d'urgences, et ces SAU doivent pouvoir accueillir 24 heures sur 24 tous les jours de l'année toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge.

Mais ces textes concernent les urgences pour les adultes. Ce n'est que très récemment qu'un texte est paru sur l'organisation et la structuration de l'offre de soins en matière de prise en charge des enfants et des adolescents aux urgences (circulaire DHOS/SDO n° 238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences).

Ce texte distingue :

- les établissements de santé accueillant les urgences, sans service de pédiatrie, disposant d'une UPATOU ;
- les établissements de santé accueillant les urgences et disposant au moins d'un service de pédiatrie, disposant d'une UPATOU ou d'un SAU ;
- les établissements de santé accueillant les urgences et disposant d'un service de pédiatrie, d'un service de chirurgie pédiatrique et d'un service de réanimation pédiatrique, disposant d'un SAU ou d'un POSU, voire d'un POSU exclusivement pédiatrique.

Pour les premiers, il recommande l'élaboration de « modalités de collaboration s'inscrivant dans une psychiatrie de liaison de proximité et permettant une proposition de rendez-vous dans un délai raisonnable ».

Pour les seconds, il précise que « la prise en charge des urgences pédopsychiatriques implique la possibilité d'intervention d'un pédopsychiatre ou, à défaut, d'un psychiatre selon des modalités précisées dans le cadre d'un projet de collaboration élaboré par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et le service de pédiatrie. »

Il dit clairement que les troisièmes, qui sont des établissements de taille plus importante, « doivent pouvoir faire appel à un pédopsychiatre avec la possibilité d'un appel téléphonique immédiat et de consultation rapide par un pédopsychiatre ou un soignant de son équipe. » Cela nécessite une collaboration très étroite entre les équipes de pédopsychiatrie et les équipes des services d'urgence (20).

### **3) La pédopsychiatrie de consultation-liaison**

#### **2.1 Définition**

La psychiatrie de consultation-liaison intègre tout le champ de la psychiatrie clinique, incluant des activités diagnostiques, thérapeutiques, d'enseignement et de recherche, s'exerçant dans les services non psychiatriques de l'hôpital général.

Elle s'est développée notamment aux urgences pédiatriques où la demande est grandissante.

En effet, l'arrivée d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique pose souvent des problèmes complexes, le manque de temps et la formation insuffisante des équipes constituant un handicap dans la prise en charge de ces patients.

#### **2.2 Différents champs d'action**

D.Sauvage définit l'urgence comme ce qui n'est pas programmé à l'avance. D'après lui, elle répond à trois types de situations différentes :

- *les urgences classiques* : elles correspondent aux situations de détresse, de danger, de gravité, d'imminence de complications. On peut citer : les tentatives de suicide, les états dépressifs sévères, les états anxieux aigus, les états psychotiques aigus, les états de stress post-traumatiques, les troubles du comportement alimentaire évolués avec signes somatiques inquiétants, et surtout les troubles aigus du comportement et les états d'agitation.

- *les interventions sans délai* : elles correspondent à des demandes pour avis diagnostique et/ou thérapeutique dans des situations où une décision rapide est requise (troubles dépressifs, troubles somatoformes, suspicion de sévices...).

- *les indications nouvelles de la pédopsychiatrie*, concernent en particulier les drames pédiatriques nécessitant une aide immédiate à la famille (mort subite du nourrisson, naissance d'un enfant malformé...), le cas des enfants maltraités impliquant dans un délai parfois très limité des actions concertées entre l'équipe pédiatrique et l'équipe pédopsychiatrique. Elle intervient également dans les situations de stress post-traumatique

#### **2.3 Le rôle de la pédopsychiatrie de liaison**

Face à toutes ces demandes, le premier temps est celui de la régulation. Il faut analyser la demande pour déterminer si la réponse doit être urgente ou différée.

Le pédopsychiatre peut donner son avis sur :

- le diagnostic : évaluation des troubles, des aspects sociaux et familiaux.
- le traitement : des mesures thérapeutiques immédiates peuvent être indiquées dans certains cas. Parfois des conseils à distance peuvent suffire.
- l'orientation vers une autre consultation ou une autre structure plus adaptée ou susceptible d'assurer ensuite des soins au long cours. Le médecin traitant ne connaît pas

toujours les solutions disponibles à proximité du domicile de l'enfant et peut donc être informé.

L'une des missions essentielles de la pédopsychiatrie de consultation-liaison est de faire un travail de lien entre les nombreux partenaires concernés pour un bon usage des ressources disponibles, en développant un véritable fonctionnement en réseau. Cela ne peut se faire sans une étroite collaboration empreinte de confiance et de respect entre pédiatre des urgences et pédopsychiatre de liaison (19).

L'intervention du pédopsychiatre permet parfois d'éviter l'hospitalisation.

#### **4) Les urgences sociales**

Nous en parleront peu dans notre étude car il y a eu peu de cas pendant la période de recueil des informations mais il ne faut pas les oublier car elles sont de plus en plus fréquentes.

Elles peuvent être masquées sous la forme d'une urgence somatique ou psychiatrique et il n'est pas toujours facile de les détecter (ex : une tentative de suicide peut cacher une situation de crise).

En discutant avec l'assistante sociale et le cadre de santé du service des urgences pédiatriques, on a pu définir les situations les plus fréquemment rencontrées :

- nécessité d'héberger les enfants dont les parents ont été hospitalisés pour un problème psychiatrique (tentative de suicide par exemple). En effet, ce sont souvent des familles très précaires où il n'existe pas de cohésion. Les membres de la famille ne sont pas joignables ou ne sont pas suffisamment « sûrs » pour leur confier les enfants. Il n'est pas possible de gérer une telle situation aux urgences. C'est pourquoi on préfère hospitaliser l'enfant pour faire le point sur la situation et s'assurer qu'on ne met pas l'enfant en danger en le renvoyant à domicile (on peut parfois découvrir une maltraitance). L'assistante sociale est d'une grande aide pendant l'hospitalisation car elle prend contact avec tous les intervenants et peut organiser un suivi de l'enfant à sa sortie si elle le juge nécessaire (avec la PMI ou les puéricultrices qui peuvent se déplacer à domicile par exemple).

- arrivée aux urgences d'une famille de migrants n'ayant pas de logement où dormir. Dans ce cas, on appelle directement l'assistante sociale car il n'est pas envisageable d'hospitaliser toute la famille et elle les oriente vers des centres d'hébergement. On s'assure évidemment que les enfants ne sont pas en danger. C'est la principale situation pour laquelle on fait appel à l'assistante sociale qui est d'ailleurs très disponible.

# MODALITES ACTUELLES DE PRISE EN CHARGE

Afin de mieux évaluer la prise en charge des urgences psychosociales aux UP de Nantes, nous allons nous appuyer sur les recommandations établies pour les tentatives de suicide, la maltraitance et l'ivresse aiguë.

## **1) Les tentatives de suicide (TS)**

### **1.1 Problèmes soulevés par une tentative de suicide chez un adolescent**

Une TS chez un adolescent n'est jamais une conduite anodine à mettre sur le compte d'une « crise d'adolescence ». Elle ne doit jamais être banalisée, si minime soit-elle dans sa dangerosité. Outre la possibilité de survenue de complications somatiques potentiellement mortelles à court terme, le risque principal est la prolongation d'une souffrance psychique qui s'exprime fréquemment par une récurrence suicidaire. Environ un tiers des suicidants récidivent, le plus souvent au cours de la première année, et 1 à 2% des suicidants décèdent par suicide dans ce délai.

Dans 20 à 30% des TS, il existe une pathologie psychiatrique sous-jacente (dépression, troubles sévères de la personnalité) qui favorise le passage à l'acte. Il faut systématiquement la rechercher, l'identifier et la traiter.

Dans les autres cas, la TS est sous-tendue par des facteurs de risque et par des situations de conflit ou de rupture qui n'ont pu trouver d'autre voie de résolution que l'atteinte corporelle. Il faut reconnaître la souffrance exprimée au travers de ce comportement et trouver, à un rythme adapté à chaque situation individuelle, les modalités d'intervention qui vont permettre la résolution de la crise et la prévention de la récurrence ; Une TS est aussi un événement permettant la mise en route d'une prise en charge et de soins (9).

### **1.2 Principes généraux de la prise en charge des adolescents suicidants**

Dans le cadre du programme national d'action contre le suicide, l'ANAES a été sollicitée par la Direction générale de la santé pour élaborer des recommandations de pratique clinique sur la « prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide ».

Elles mentionnent qu'une triple évaluation somatique, psychique et sociale est nécessaire pour tout jeune suicidant. Tout adolescent suicidant doit être adressé aux urgences d'un établissement de soins, où la triple évaluation sera débutée.

La prise en charge des adolescents suicidants doit reposer sur des principes fondamentaux de travail en équipe pluridisciplinaire, de stabilité et de disponibilité de l'équipe et du cadre thérapeutique, de continuité des soins, de souplesse et d'adaptation individuelle de la prise en charge.

## **1.3 Prise en charge des adolescents suicidants aux urgences hospitalières**

### **1.3.1 Accueil aux urgences**

La qualité de l'accueil aux urgences et des premiers contacts, et en particulier le respect de la confidentialité paraît essentielle à la bonne continuité des soins et à l'adhésion de l'adolescent.

Les soins qui seront réalisés doivent être présentés au patient dès que son état somatique et sa vigilance le permettent.

Tout en fixant un cadre strict à la prise en charge, il apparaît important de favoriser un climat d'empathie, de proximité relationnelle et de confidentialité.

### **1.3.2 Examen somatique**

L'examen somatique initial évalue la gravité immédiate et différée du geste suicidaire et permet de définir le traitement et la surveillance adaptés. Il doit être complété dans un second temps pour évaluer, entre autres, l'état général, l'état nutritionnel et staturo-pondéral, les comorbidités, l'hygiène de vie, le développement pubertaire et la vie sexuelle (en particulier recherche d'une éventuelle grossesse en cours).

Il apporte des éléments utiles à l'évaluation psychologique. Il guide le choix des examens complémentaires, des consultations spécialisées et des traitements éventuels nécessaires.

### **1.3.3 Evaluation psychologique**

Elle requiert l'intervention d'un psychiatre. Elle doit débuter le plus tôt possible, en général dans les 24 heures qui suivent l'admission, dès que l'état somatique et la vigilance le permettent. Il faut s'assurer qu'elle peut se dérouler dans un climat de confidentialité et de compréhension permettant de poser les bases du projet thérapeutique.

Cette étape d'évaluation est en soi thérapeutique si elle est réalisée dans de bonnes conditions. Les objectifs de l'entretien initial sont le recueil des premières plaintes psychiques, l'étude du contexte de la crise, et la recherche d'une éventuelle pathologie psychiatrique et de signes de gravité pouvant faire craindre une récurrence à court terme. Il est généralement impossible de recueillir dans le contexte des urgences tous les éléments nécessaires à l'évaluation psychologique, l'essentiel étant de préparer les entretiens qui suivront.

Il est nécessaire de rencontrer les parents et/ou l'entourage proche, afin d'appréhender leur propre vécu, de recueillir leurs difficultés et leurs plaintes, et d'apprécier la qualité de l'étayage à l'extérieur de l'hôpital.

### **1.3.4 Evaluation sociale**

Elle doit préciser le contexte social de l'entourage, la situation scolaire ou professionnelle de l'adolescent, son niveau d'adaptation et l'existence éventuelle d'un suivi social en cours.

Elle peut conduire à alerter les services sociaux et/ou les autorités judiciaires en cas de maltraitance ou d'abus sexuels. Elle nécessite une intervention d'une assistante sociale au sein de l'équipe.

## **1.4 Prise en charge après la période de soins aux urgences**

Deux modes de prise en charge sont envisageables en fonction des possibilités locales et de chaque cas particulier. Il n'existe pas d'étude comparant ces deux modalités et permettant de définir si l'une est meilleure que l'autre.

A défaut de cette donnée, un accord professionnel existe actuellement pour favoriser la prise en charge hospitalière des adolescents.

### **1.4.1 Prise en charge hospitalière**

L'hospitalisation doit être la règle. Idéalement, elle se déroulera dans une unité adaptée à recevoir des adolescents et reconnue dans le schéma de santé local pour sa compétence dans ce domaine.

Selon les contraintes locales, il peut s'agir de services de crise et d'urgences psychiatriques, de psychiatrie infanto-juvénile ou d'adultes, de pédiatrie, voire de médecine qui se chargent de cette mission.

Il n'y a pas de règle standardisée concernant la durée optimale de séjour, même si l'expérience montre qu'une durée d'une semaine est souvent nécessaire pour compléter l'ensemble de l'évaluation et mettre en place le projet de sortie.

Une hospitalisation qui viserait seulement à mettre temporairement l'adolescent à l'écart de ses difficultés extérieures, sans autre forme de soins, ne peut suffire et ne paraît pas être supérieure en efficacité à un suivi ambulatoire.

Il est essentiel que soient développés simultanément et dès le début du séjour hospitalier, des soins somatiques et psychiques.

## 1.4.2 Prise en charge par un réseau ambulatoire

En l'absence d'indication d'hospitalisation, le relais sous forme d'une prise en charge ambulatoire intensive par un réseau d'intervenants extrahospitaliers peut être également envisagé. Ce réseau doit pouvoir assurer la poursuite de l'évaluation et les soins. Selon les cas, ce réseau peut faire intervenir les centres médico-psychologiques sectoriels ou intersectoriels, mais aussi des centres d'accueil et de crise, des praticiens libéraux, médecin généraliste ou psychiatre.

## 2) La maltraitance à enfants

### 2.1 Définition

Elle correspond à toute violence physique, tout abus sexuel, tout sévices psychologique sévère (cruauté mentale), toute négligence lourde ayant des conséquences préjudiciables sur l'état de santé et pour l'enfant, sur le développement physique et psychologique (27).

On distingue :

- les violences physiques
- les abus sexuels
- les sévices psychologiques (rejet affectif, humiliations, punitions ou exigences éducatives inadaptées à l'âge de l'enfant)
- les négligences lourdes : elles comportent les carences sévères, prolongées et répétées de la famille face aux besoins de l'enfant (physiques, affectifs ou sociaux)
- les enfants en risque : ceux dont les conditions d'existence risquent de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité, l'éducation ou la réponse aux besoins psychologiques quotidiens.

### 2.2 Epidémiologie

Les informations les plus précises sont apportées par l'ODAS (Observatoire national de l'action sociale décentralisée). Cet organisme réunit depuis 1994 les signalements administratifs parvenus des départements français et au téléphone vert national. Il est ainsi possible d'avoir une évaluation annuelle globale des enfants en danger (enfants maltraités et enfants en risque (tableau 1) et de façon plus différenciée de situer leur évolution numérique suivant le type de la maltraitance (tableau 2).

L'analyse de ces données révèlent que :

- il existe une augmentation régulière du nombre de signalements. Ceux-ci concernent essentiellement les enfants en risque. Cet accroissement est lié probablement à la fois à une augmentation du nombre de cas traduisant la permanence d'une fragilité de l'environnement socio-familial mais aussi au meilleur repérage des professionnels facilité par les campagnes d'information et au recours devenu plus facile à un numéro téléphonique d'appel national, anonyme et gratuit.

- le nombre de mauvais traitements analysés selon le type semble se stabiliser, avec une régression peut-être trompeuse du nombre d'abus sexuels, ceux-ci représentant globalement le quart des signalements.

- les enfants en risque ont été analysés pour la première fois en 1999 selon le type du risque (tableau 3) : le risque le plus cité, dans près d'un signalement sur deux, est l'éducation, handicap majeur pour l'avenir professionnel de l'enfant.

La deuxième menace (20% des 65000 enfants en risque) concerne la santé psychique.

A l'inverse, le défaut d'entretien matériel résultant de l'absence de moyens économiques de la famille, n'est mentionné comme risque principal que pour 12% des enfants (27).

Chez les tout petits, il s'agit le plus souvent de violences physiques, alors que les violences psychologiques prédominent chez les adolescents. L'entourage est responsable dans 80% des cas.

Chez les filles, il s'agit principalement de violences psychologiques et sexuelles et chez les garçons de violences physiques. Les cas les plus graves s'observent surtout chez les moins de un an, avec une mortalité proche de 1,5 nourrissons pour 100.000 (30)

## **2.3 Facteurs de risque**

Le risque de maltraitance naît de la conjonction et de l'accumulation de facteurs individuels et environnementaux à un temps donné, aussi bien pour les maltraitants que pour la personne maltraitée.

La maltraitance peut être observée dans tous les milieux. Il existe cependant des facteurs de risques communs aux différents types de maltraitance qui sont avant tout d'ordre familial ou social. La famille est en effet le lieu où s'observe le plus souvent la maltraitance (30).

Il est possible que la maltraitance dans les milieux non défavorisés soit sous-estimée, parce qu'ils sont moins exposés au contrôle social et que la maltraitance y est plus difficile à identifier derrière une façade où tout paraît normal.

Les personnes devenant maltraitantes éprouvent de la difficulté à verbaliser leurs difficultés personnelles, trouvant dans leur passage à l'acte des solutions impulsives à des tensions internes excessives.

Certains facteurs de risque sont plus spécifiques aux enfants (cf tableau 3).

## 2.4 Prise en charge de la maltraitance aux urgences

Le diagnostic de maltraitance est souvent difficile car il ne repose sur aucun signe spécifique. De ce fait, la maltraitance est sous-estimée dans les services d'urgence. Il faut donc savoir y penser quel que soit le motif de recours aux urgences.

Elle peut rarement être affirmée aux urgences. Plus que d'établir un diagnostic de certitude, il s'agit pour le médecin urgentiste d'évoquer la possibilité d'une maltraitance et de rechercher un faisceau d'arguments.

Les urgences sont un lieu de passage privilégié et parfois l'unique lieu de soins des enfants maltraités. C'est l'occasion d'un contact avec le patient et son entourage qui peut ne pas se reproduire. Les informations qui y sont recueillies sont donc particulièrement importantes pour le diagnostic, la prise en charge ultérieure mais aussi pour d'éventuelles suites médico-légales. Toute information recueillie doit être consignée par écrit dans le dossier médical du patient y compris les propos du patient et ceux de l'entourage.

Il est souhaitable que l'entretien se déroule dans un endroit calme, respectant la confidentialité. L'organisation des soins doit limiter le nombre d'interlocuteurs auprès de la victime afin d'éviter les redites. Chez l'enfant, l'entretien doit s'adapter à son niveau de développement en utilisant les propres mots et termes de l'enfant quand cela est possible. Le soignant doit poser des questions simples et s'assurer qu'il a compris.

Il faut garder à l'esprit que l'accompagnant peut être à l'origine de la maltraitance. Mais sa démarche de conduire la victime aux urgences peut correspondre à une demande d'aide ou de reconnaissance implicite de sa dangerosité.

D'autre part, une demande forte d'hospitalisation paraissant infondée médicalement doit être entendue comme une expression d'épuisement de l'aidant ou de son incapacité à faire face à une situation qui le dépasse.

Dans tous les cas, les soignants s'efforceront de ne porter aucun jugement de valeur. Ils resteront dans une relation de soins.

La prise en charge de la maltraitance est multidisciplinaire. Deux acteurs sont particulièrement importants au cours du passage aux urgences : l'assistante sociale et le psychiatre.

### Quel est le rôle de l'assistante sociale ? (AS)

Par sa connaissance du tissu social, elle occupe une position d'interface entre l'hôpital et les services sociaux et médico-sociaux qui lui permet de proposer un accompagnement et un relais adapté à chaque situation.

Il est souhaitable que l'AS soit présente le plus souvent possible au sein de l'équipe et proche de l'accueil des patients. Elle doit intervenir rapidement afin d'insérer au mieux le volet social dans l'accueil, la prise en charge et l'orientation du patient.

Si l'AS est absente, l'équipe doit lui transmettre l'information du passage du patient.

## Quel est le rôle du psychiatre ?

Il doit être sollicité si :

- le contexte de maltraitance est flagrant et qu'il existe des signes de retentissement psychologique
- la symptomatologie psychiatrique est au premier plan
- le patient demande spontanément à voir un psychiatre (ce qui est très rare chez l'enfant).

L'entretien psychiatrique a pour objectifs de :

- favoriser l'expression des émotions liées au traumatisme
- repérer les conséquences psychologiques de la maltraitance
- rechercher l'existence de troubles psychiatriques antérieurs
- contribuer à l'élaboration du projet de prise en charge
- évaluer le contexte familial.

## **2.5 Orientation après les urgences**

Chez l'enfant, l'hospitalisation est nécessaire devant toute suspicion de maltraitance. Elle s'impose en cas de suspicion de maltraitance physique. Elle est rarement refusée par les parents et parfois même demandée de manière insistante.

Elle a pour buts de protéger l'enfant et de lui donner les soins nécessaires, confirmer le diagnostic de maltraitance et éliminer les diagnostics différentiels. Elle permet aussi d'effectuer le bilan médico-psycho-social indispensable à la prise en charge.

En cas de refus parental, le médecin doit réaliser un signalement judiciaire auprès du procureur de la République du Tribunal de Grande Instance. Le Procureur délivre une ordonnance de placement provisoire (30).

Pendant l'hospitalisation, les informations recueillies sont transmises à la filière intra ou extra-hospitalière qui assurera le suivi de l'enfant et de sa famille. L'assistante sociale de secteur est prévenue et met en place les aides complémentaires nécessaires. La PMI (Protection Maternelle et Infantile) est informée du signalement et organise la protection de l'enfant. Le médecin traitant est contacté afin de poursuivre la prise en charge médicale.

### **3) L'ivresse aiguë**

#### **3.1 Epidémiologie**

L'incidence du motif « intoxication éthylique aiguë (IEA) chez l'adolescent » aux urgences est imprécise. L'enquête effectuée en 1999 par l'AP-HP sur l'hospitalisation des adolescents en urgence (41) retrouvait des chiffres très faibles de 0,2 à 0,4 % sûrement sous-évalués. Les chiffres de Meropol (42) semblent plus réalistes : 5 % des 10-20 ans vus aux urgences traumatologiques avaient une alcoolémie élevée. Barnet (43) confirme également que le motif « IEA » n'était pas toujours retenu ou évoqué devant l'hospitalisation d'un adolescent pour un motif traumatique.

L'enquête de Choquet (44) montre que 9 % des adolescents ont été ivres 3 fois dans l'année. Le ratio fille-garçon s'équilibre progressivement avec le temps. La consommation augmente chaque année ; 52 % des alcoolismes chroniques débuteraient avant 20 ans (40).

#### **3.2 Types d'alcoolisation chez les adolescents**

L'alcoolisation de l'adolescent est accompagnée d'adjectifs décrivant diverses situations : récréative, solitaire ou en groupe, initiatique, réactionnelle ou addictive.

L'alcoolisation des adolescents est souvent présentée et tolérée comme exceptionnelle, initiatique.

En fait, l'adolescent hospitalisé pour une IEA est très souvent dans une situation de crise révélant une perturbation psychosociale importante (situation en fait comparable aux tentatives de suicide). L'association aux tentatives de suicide est d'ailleurs fréquente, 20 à 30 % des tentatives de suicide associent médicament et alcool (42 % dans un groupe d'adolescents finlandais) (40).

#### **3.3 Facteurs de risque d'IEA à l'adolescence**

Ils sont superposables aux facteurs de risque des TS :

- ruptures, problèmes familiaux majeurs ;
- exclusion, difficultés scolaires, marginalisation ;
- délinquance ;
- alcoolisme familial ;
- cumul d'événements traumatisants ;
- difficultés de communication ;
- dépression, anxiété, conduites à risque associées ;
- situations de violences subies.

Des disparités régionales et sociales sont notées dans les facteurs de risque : augmentation du risque en milieu rural (40).

### 3.4 Prise en charge aux urgences

Elle doit être très proche de la prise en charge de la tentative de suicide de l'adolescent (accord professionnel).

#### 3.4.1 Aux urgences

- abord adapté à l'adolescent ;
- examen somatique complet ;
- bilan biologique (cf. prise en charge adulte) ;
- perfusion systématique, prévention des fausses routes ;
- bilan psychosocial :
  - évaluation psychologique souhaitable par psychologue et médecin,
  - bilan social :
    - contexte familial,
    - évaluation scolaire,
    - problèmes associés,
  - conditions de l'intoxication,
  - éléments biographiques (40).

#### 3.4.2 Prise en charge après les urgences

— *Faut-il hospitaliser ?*

L'hospitalisation des IEA de l'adolescent doit être la règle après le passage aux urgences.

La plupart des adolescents vus dans ce contexte ne relèvent pas du seul diagnostic d'ivresse festive ou initiatique.

Il n'y a pas d'évaluation de cette hospitalisation, mais on pense qu'elle permettra au mieux de faire le bilan d'une pathologie psychosociale souvent associée et d'organiser le suivi.

Biederman (45) constate que la gravité des conséquences de l'alcoolisme motive une action « forte » chez l'adolescent même si cette action n'a pas été encore évaluée.

Le temps minimum d'observation pourrait être de 72 heures.

— *Le suivi ultérieur*

Les particularités par rapport à l'adulte sont liées à l'adolescence. Il paraît dangereux d'identifier l'adolescent à un groupe. Le risque est de fixer la pathologie : « Plus je suis coupable à vos yeux, plus solide deviendra mon identité dans ma solitude mais aussi dans ma liberté » (J. Genet).

L'orientation vers un groupe d'alcooliques ou d'anciens alcooliques ne semble pas souhaitable à cet âge. L'adolescent est orienté préférentiellement vers une prise en charge ambulatoire du type de celles des tentatives de suicide. Des consultations de suite sont

organisées au centre médico-psychologique pour adolescents. Le lien essentiel se fera par une présentation de ce lieu de suite au cours de l'hospitalisation. La difficulté est d'obtenir de l'adolescent une adhésion à cette consultation de suite, ce qui justifie le maintien d'un contact avec le tissu médico-social habituel de l'adolescent (40).

# MATERIEL ET METHODES

## **1) Patients**

Critères d'inclusion :

- tous les enfants s'étant présentés aux urgences pédiatriques entre le 10 janvier 2006 et le 30 avril 2006 et pour lesquels le diagnostic final était en rapport avec un problème psycho-social, quelle que soit leur orientation ultérieure
- étaient inclus ceux qui étaient venus plusieurs fois pendant la période d'étude
- les enfants ayant d'abord été orientés vers le secteur traumatologie étaient également inclus

Critères d'exclusion :

- les enfants dont les dossiers étaient incomplets n'ont pas été inclus
- les enfants venus pour hébergement quand leur(s) parent(s) étai(en)t admis aux urgences
- les enfants dont la symptomatologie était d'allure psychiatrique mais dont l'origine était organique.

## **2) Organisation du service des urgences pédiatriques**

Il n'y a pas de service d'urgences pédopsychiatriques à l'hôpital de Nantes. Tous les enfants sont accueillis au service d'urgences pédiatriques générales. Ce service a accueilli 22 243 enfants en 2005, âgés de 0 à 15 ans et 3 mois en théorie (mais des exceptions sont faites pour les enfants déjà suivis par un pédiatre).

Il est divisé en 2 secteurs :

- un secteur médical
- un secteur traumatologie/chirurgie

Chaque secteur fonctionne avec un senior, un ou deux internes, une puéricultrice et une auxiliaire de puériculture. Il y a également une infirmière d'accueil voire deux en cas de grande affluence.

L'enfant est accueilli par l'infirmière d'accueil qui prend les constantes, remplit le dossier puis l'installe en salle d'attente où lui sont proposés des jeux. Deux fois par semaine, deux bénévoles viennent pour occuper les enfants qui attendent d'être vus.

Il est ensuite vu en consultation par l'interne ou par un senior quand le cas paraît difficile.

Des examens complémentaires sont demandés si besoin.

On peut ensuite faire appel à une des internes ou un senior de pédopsychiatrie si on le juge nécessaire. La nuit, c'est un psychiatre qui est de garde. Il n'y a pas de salle réservée aux entretiens avec le pédopsychiatre.

Ensuite, l'enfant est :

- soit gardé en hospitalisation
- soit adressé en consultation pour un suivi en externe avec un psychiatre, au CMP (centre médico-psychologique) ou en consultation à l'UAED (Unité d'Accueil des Enfants en Danger).

L'UAED a été créée il y a cinq ans. Elle fait partie de la Fédération de médecine légale de l'hôpital de Nantes.

Elle est dirigée par le Dr Vabres. Elle est composée de pédiatres, chirurgiens, pédopsychiatres, psychologues, infirmières, assistantes sociales, éducateurs et secrétaires.

C'est une unité qui fonctionne parallèlement aux services de pédiatrie et des urgences pédiatriques et reçoit les enfants en consultation, à la demande de ces services. Les demandes peuvent venir des médecins généralistes ou psychiatres mais également de l'autorité judiciaire.

L'équipe se réunit deux lundis sur trois pour discuter de la prise en charge de ces enfants, mettre en place des protocoles pour que les équipes des différents services aient une même ligne de conduite.

Elle organise les rencontres entre les différents intervenants qui se mobilisent autour de l'enfant.

### **3) Recueil des données**

J'ai fait une étude prospective et observationnelle à partir d'un questionnaire que j'ai rempli avec l'aide de mes co-internes sur une période de presque 4 mois aux urgences pédiatriques du CHU de Nantes.

Il concernait tous les enfants admis aux urgences pour des raisons psycho-sociales, âgés de 0 à 19 ans.

Nous n'avons pas prévenu les patients de l'existence de ce questionnaire car nous le remplissions après la consultation et nous n'avons pas modifié la prise en charge habituelle.

Les éléments recueillis étaient les suivants :

- motif d'admission
- qui adresse l'enfant
- qui l'accompagne
- antécédents personnels et familiaux
- traitement actuel à visée psychotrope
- situation familiale et lieu de vie
- examen somatique
- prise en charge initiale aux UP :
  - avis pédopsychiatrique

- assistante sociale
- indication à un traitement médicamenteux
- bilan complémentaire réalisé
- orientation depuis les UP

Vous trouverez en annexe 1 le questionnaire détaillé.

#### **4) Analyse statistique**

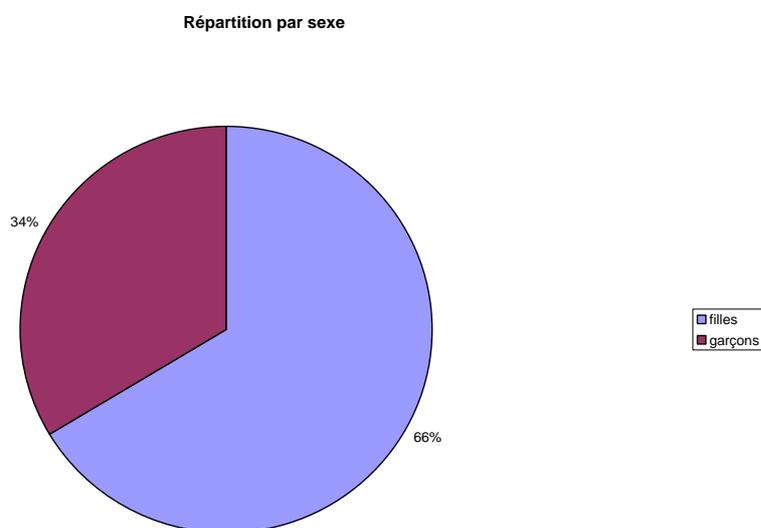
Les comparaisons de pourcentage ont été effectuées avec un test du Chi Deux.

# RESULTATS

## 1) Données épidémiologiques

### 1.1 Répartition par sexe

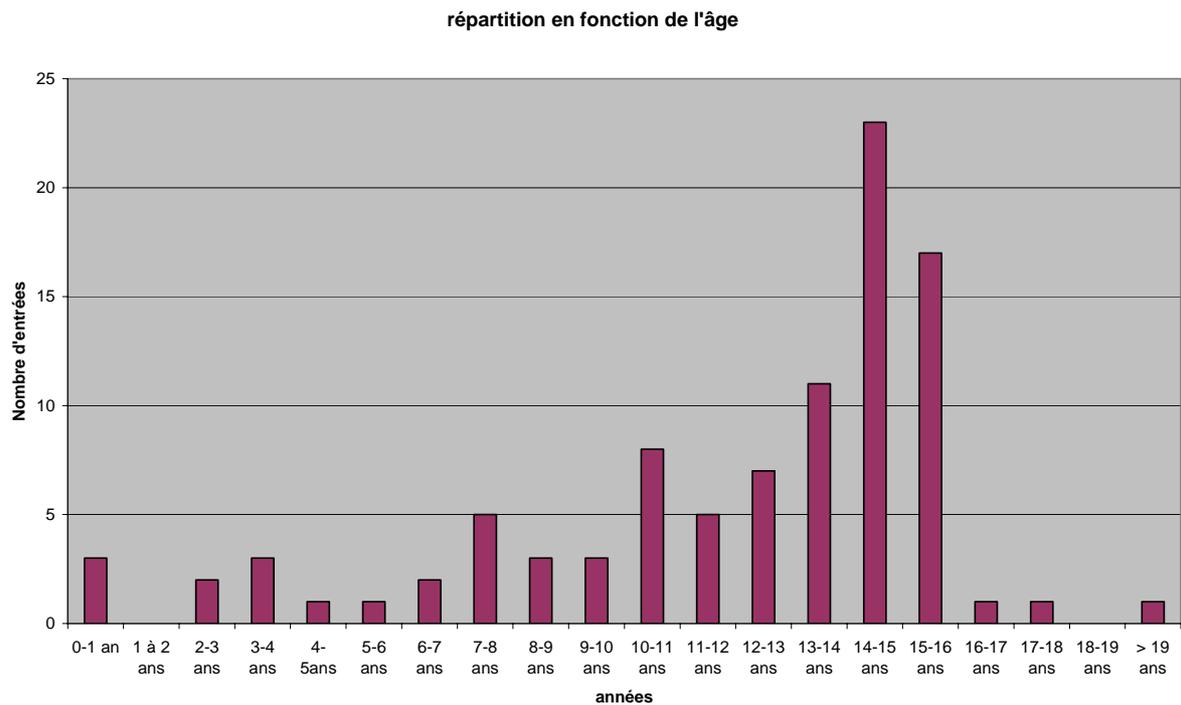
Sur les 98 enfants inclus dans l'étude, 66% sont des filles et 34% des garçons.



### 1.2 Répartition par âge

Ce sont principalement les adolescents (entre 14 et 17 ans) qui sont concernés puisqu'ils représentent 51% de la totalité des entrées, avec un pic de fréquence pour les 14-15 ans.

Vingt-cinq pour cent ont entre 8 et 13 ans. Douze pour cent ont moins de 8 ans.



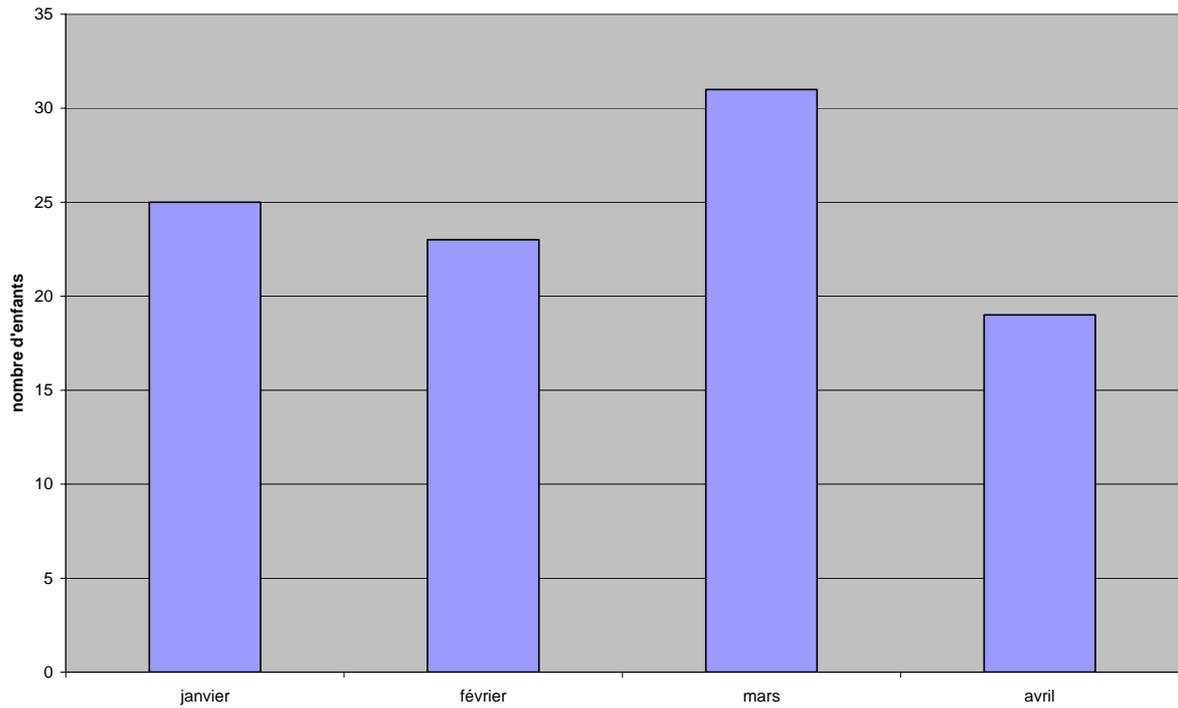
### 1.3 Répartition sur la période étudiée

La fréquentation est assez homogène sur les 4 mois mais avec un pic en mars :

- 24% en janvier
- 19% en février
- 30% en mars
- 15% en avril

A noter cependant que l'étude n'a commencé que le 10 janvier et donc le nombre d'enfants est sous-estimé ce mois-ci.

Les vacances scolaires allaient du 18 février au 6 mars et du 22 avril au 9 mai, ce qui correspond à peu près aux 2 mois où la fréquentation est la plus basse.

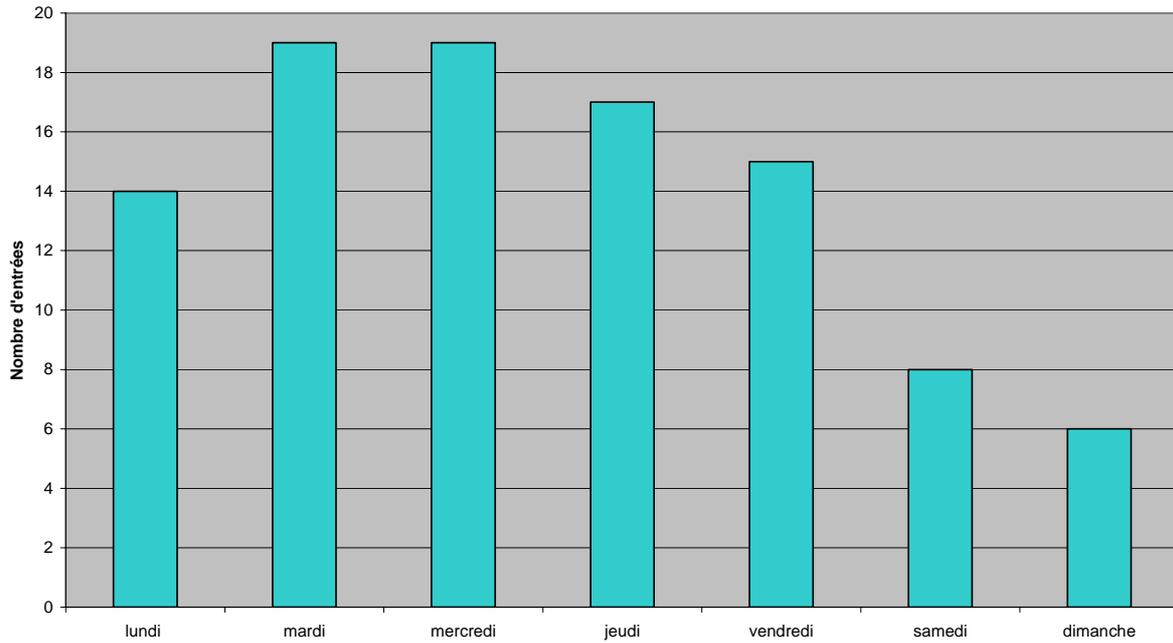


#### 1.4 Répartition dans la semaine

La fréquentation est maximale le mardi et le mercredi et minimale pendant le week-end.

Quatre-vingt six pour cent des enfants sont passés entre le lundi et le vendredi et 14% le week-end.

répartition dans la semaine

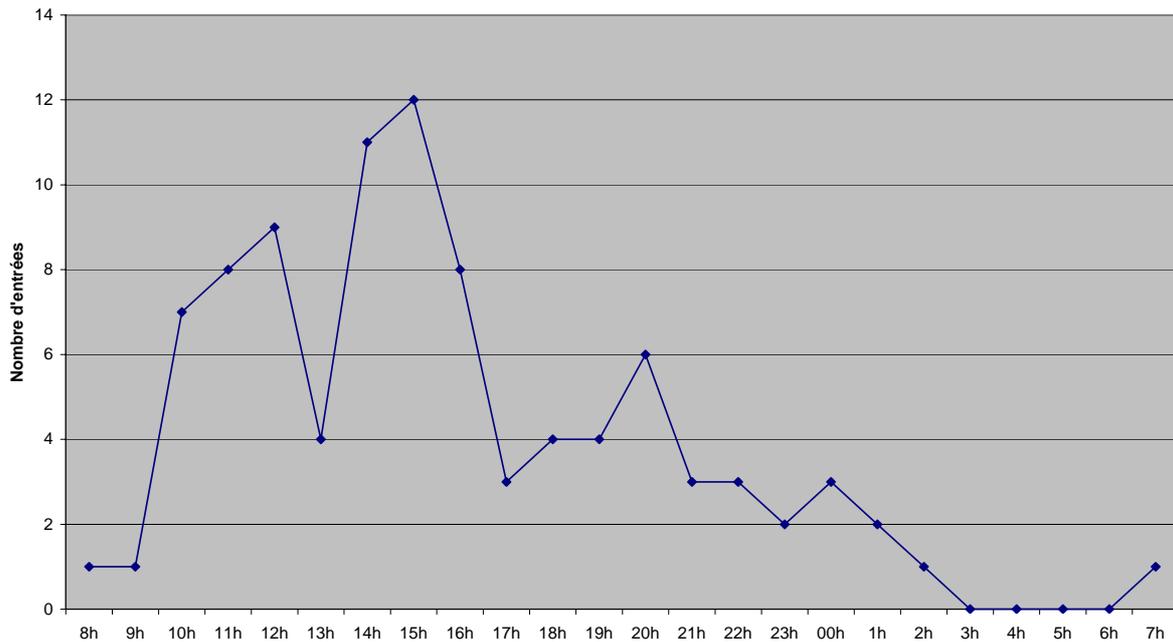


### 1.5 Répartition dans la journée

L'heure qui a été relevée est celle de l'enregistrement de l'enfant au secrétariat d'admission. Il se fait généralement à l'arrivée de l'enfant.

Soixante dix neuf pour cent des entrées se font entre 8h et 20h, avec un creux entre 12h et 14h. La fréquentation est maximale en fin de matinée et en début d'après-midi.

répartition dans la journée



## 2) *Motifs d'admission*

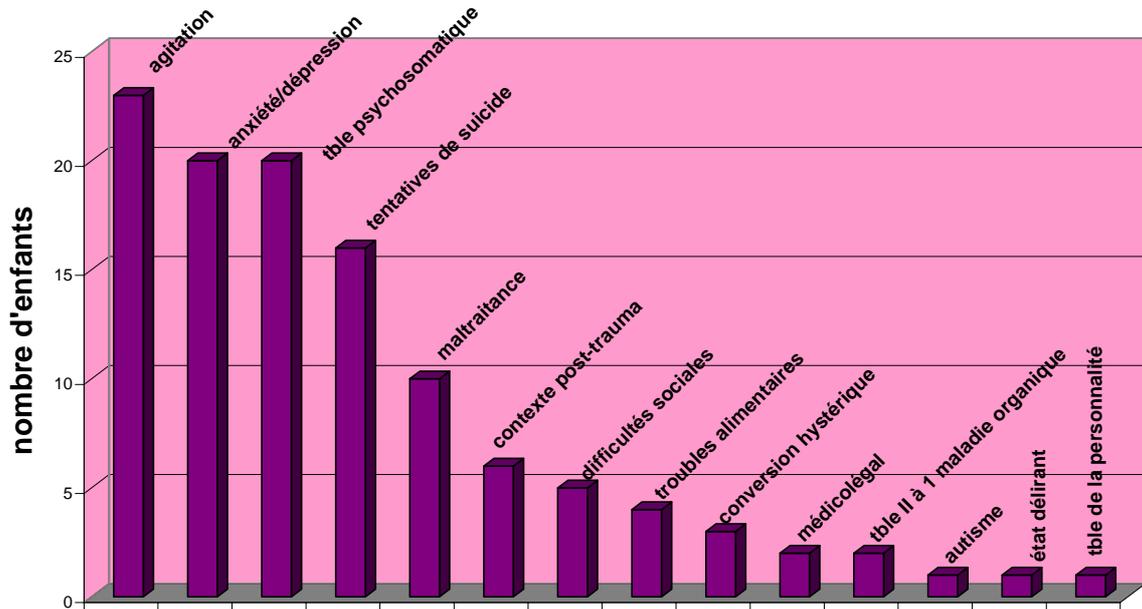
Parmi les causes les plus fréquentes d'admission aux urgences pédiatriques, on trouve par ordre décroissant :

l'agitation (23%)

- l'anxiété et la dépression (20%) ainsi que les troubles psychosomatiques (20%)
- les tentatives de suicide (16%).

Beaucoup plus rares sont la maltraitance (10%), le contexte post-traumatique (6%), les difficultés sociales (5%), les troubles alimentaires (4%), la conversion hystérique (3%), les problèmes médico-légaux (comme la délinquance, les vols, les fugues) (2%), les troubles liés à une maladie organique (2%), les états délirants (1%), l'autisme (1%) et les troubles de la personnalité (1%).

## Motifs d'admission



Les troubles psychosomatiques les plus fréquents sont : les douleurs abdominales, les céphalées, les crises de spasmophilie, les vertiges et l'asthénie.

Nous n'avons pas eu de cas d'ivresse aiguë pendant la période de recueil des informations.

### 3) Qui l'adresse ?

Dans **46%** des cas, c'est l'**entourage proche** qui adresse directement l'enfant aux urgences, sans passer par un médecin :

- 45% la famille
- 1% les amis

Dans **37%** des cas, l'enfant est adressé par un **professionnel de santé** :

- 30% les médecins généralistes libéraux
- 6% les psychiatres libéraux
- 1% un autre hôpital

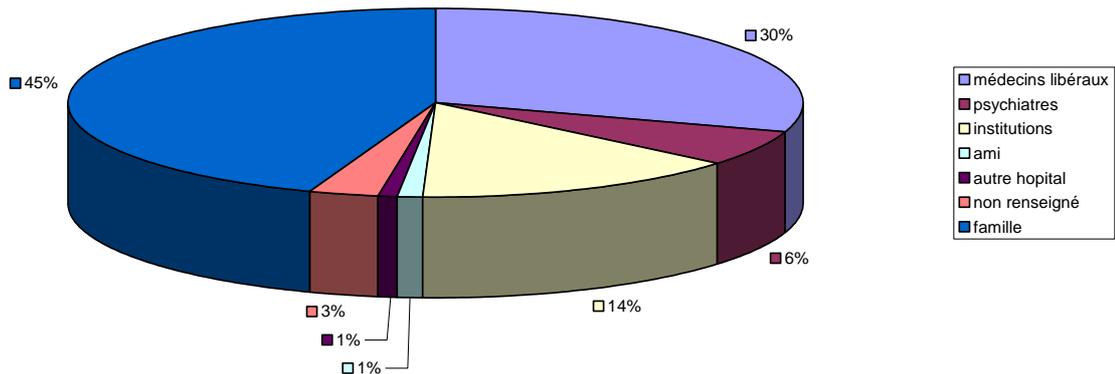
Dans **14%** des cas, il est adressé par une **institution**

Dans **3%** des cas, nous n'avons pas retrouvé l'information.

Quand il s'agissait de la famille, nous avons demandé quelle était la raison de la venue directe aux urgences :

- pour la majorité (84%) c'était par inquiétude car la situation était perçue comme urgente
- dans 12% des cas il n'y avait pas de médecin référent
- dans 4% des cas le délai d'accès aux soins hors UP était estimé trop long.

qui l'adresse?

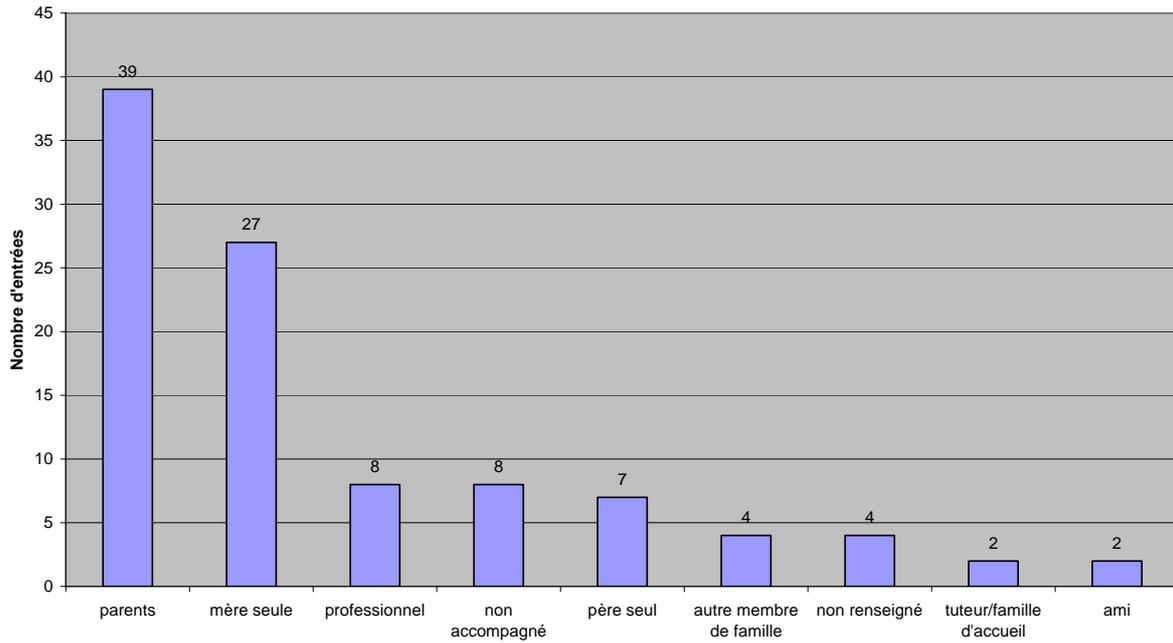


#### 4) Qui l'accompagne ?

Les 2 parents amènent l'enfant dans 39% des cas. Dans 27% des cas, la mère est seule et dans 7% des cas, c'est le père qui l'amène.

A noter que dans 8 cas, l'enfant est venu seul, amené par une ambulance, alors qu'il était adressé par sa famille (n=4), un médecin (n=2), un éducateur (n=1) ou la gendarmerie (n=1).

### qui l'accompagne?

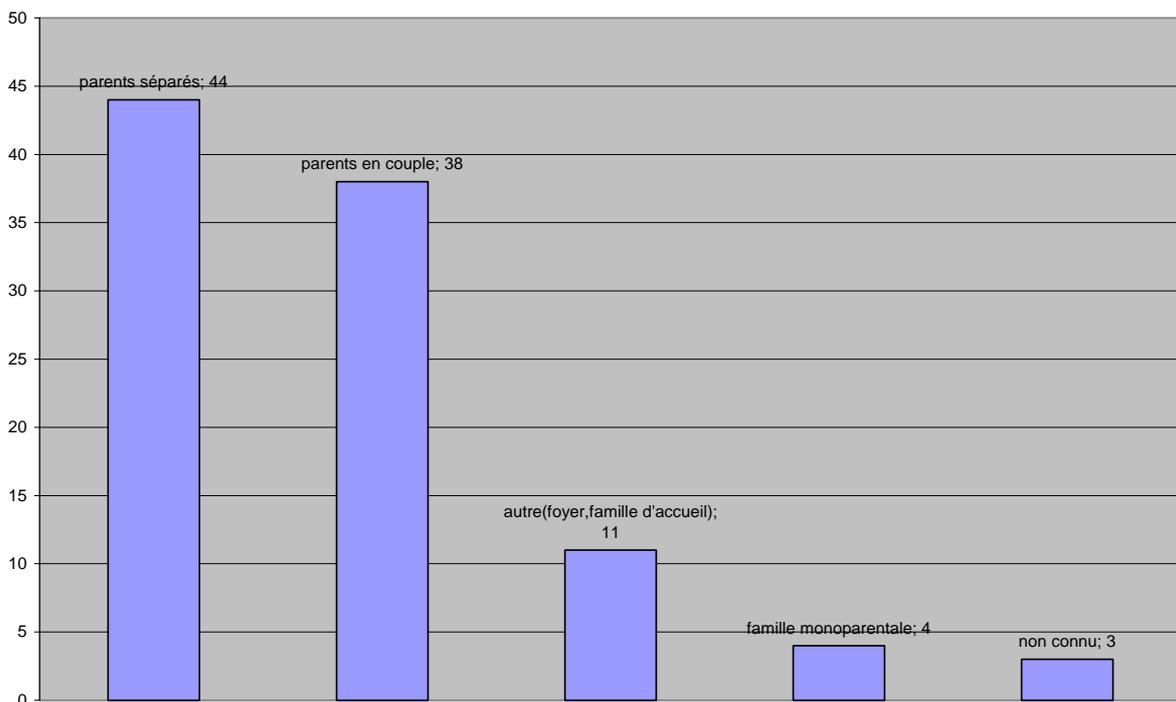


## 5) *Lieu de vie*

L'enfant vit chez ses 2 parents dans 38% des cas alors que dans 44% des cas, les parents sont séparés.

Pour 4% d'entre eux, ils n'ont qu'un seul parent vivant.

Onze pour cent des enfants vivent dans un foyer ou une famille d'accueil.



## 6) Antécédents

Seuls 13 enfants de l'étude n'avaient aucun antécédent particulier.

Pour 2 enfants les renseignements n'ont pas été notés dans le questionnaire.

Parmi les **antécédents personnels**, on distingue :

- les ATCD psychiatriques qu'on retrouve chez 74 enfants. Trente quatre pour cent d'entre eux ont déjà été hospitalisés pour ce motif et 66% sont suivis en consultation par un pédopsychiatre ou un psychologue.
- Les ATCD organiques ou médicaux qu'on retrouve chez 24 d'entre eux et qui sont détaillés dans le schéma ci-dessous.
- Les ATCD chirurgicaux pour 9 enfants

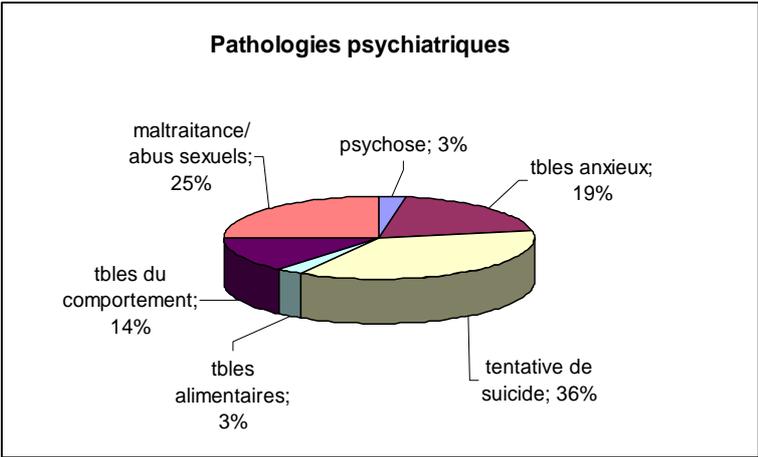
On retrouve des **ATCD familiaux psychiatriques** chez 14 enfants :

- paternels dans 3 cas : dépression (n=2), schizophrénie (n=1)
- maternels dans 6 cas : spasmophilie (n=1), dépression (n=2), anxiété (n=1), fibromyalgie (n=1), troubles obsessionnels (n=1)
- fraternels dans 2 cas : dépression
- autres membres de la famille : 1 cas

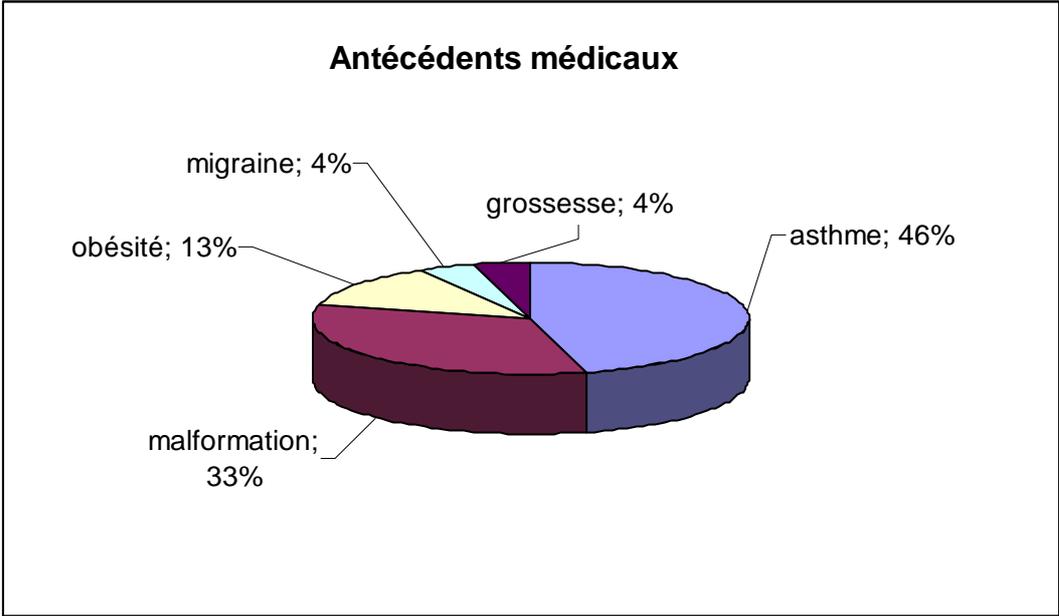
Neuf enfants ont des **ATCD familiaux d'alcoolisme** : 7 chez le père, 1 chez la mère et 1 chez le frère

Antécédents	Nombre d'enfants
<b>absence</b>	13
<b>non renseigné</b>	2
<b>personnels psychiatriques</b>	74
hospitalisation	34%
suivi en consultation	66%
<b>personnels organiques</b>	24
<b>personnels chirurgicaux</b>	9
<b>familiaux psychiatriques</b>	14
<b>familiaux d'alcoolisme</b>	9

Parmi les ATCD personnels psychiatriques, on retrouve principalement les tentatives de suicide (36%), la maltraitance et les abus sexuels (25%), les troubles anxieux (19%) et les troubles du comportement (14%).



Les ATCD personnels médicaux sont détaillés dans le schéma ci-dessous.



Dans les malformations, on retrouve une cardiopathie sévère, une atrophie des oreilles, une malformation congénitale des orteils, une sténose du pylore, une dysplasie de hanche, une coarctation de l'aorte, une scoliose sévère, un syndrome péri-sylvien et un crânio-pharyngiome.

## 7) *Traitement actuel médicamenteux*

Il s'avère que 72% des enfants n'ont aucun traitement et 28% en ont un au moment de l'étude. La consommation est plus importante chez les filles (n=20) que chez les garçons (n=7).

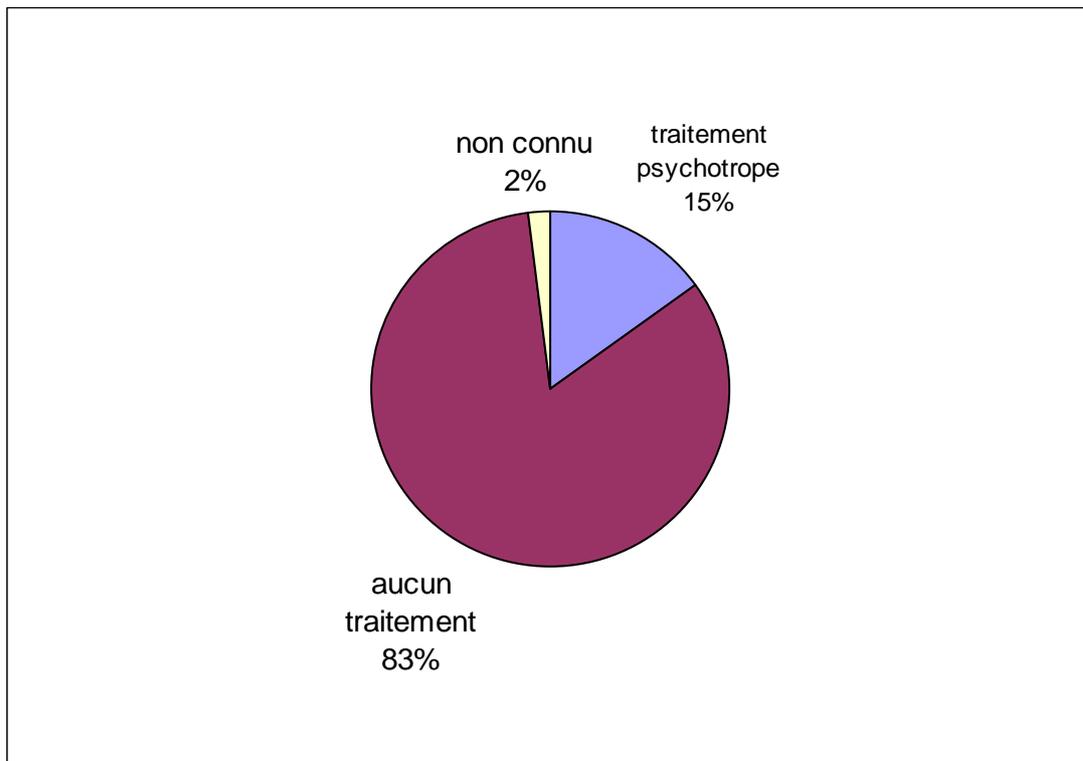
La variété des médicaments est aussi plus grande chez les filles :

- neuroleptiques (n=5)
- phytothérapie (n=4)
- anti-asthmatiques (n=4)
- anxiolytiques (n=2)
- antalgiques (n=2)
- hypnotique, pilule, anti-épileptique (n=1)

Chez les garçons, on retrouve seulement 2 types de médicaments :

- neuroleptiques (n=6)
- phytothérapie (n=1)

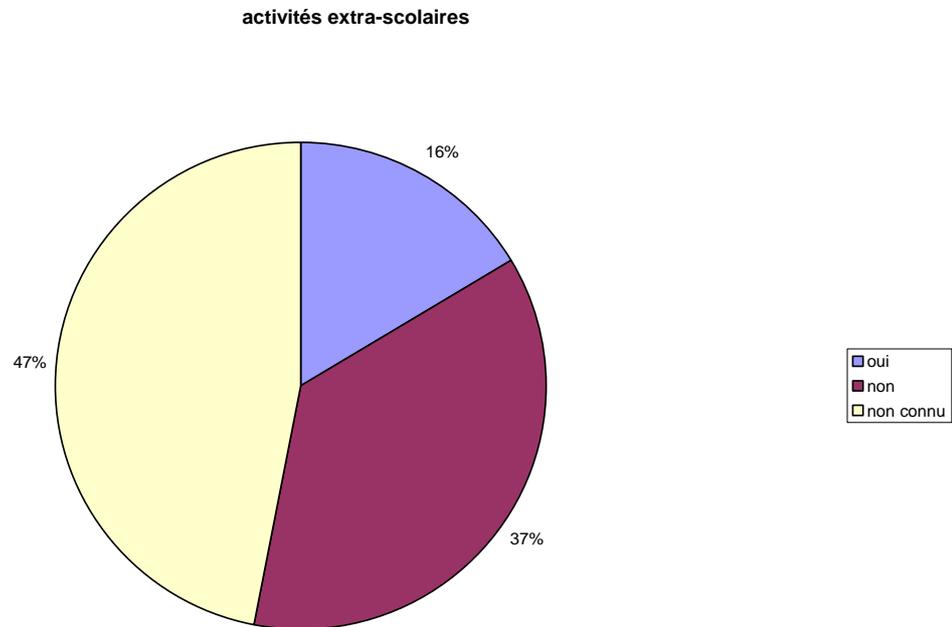
Nous n'avons pas recueilli l'information pour 2 d'entre eux.



## 8) **Activités extrascolaires**

Seize enfants pratiquent une activité sportive ou culturelle. Trente-six n'en pratiquent pas.

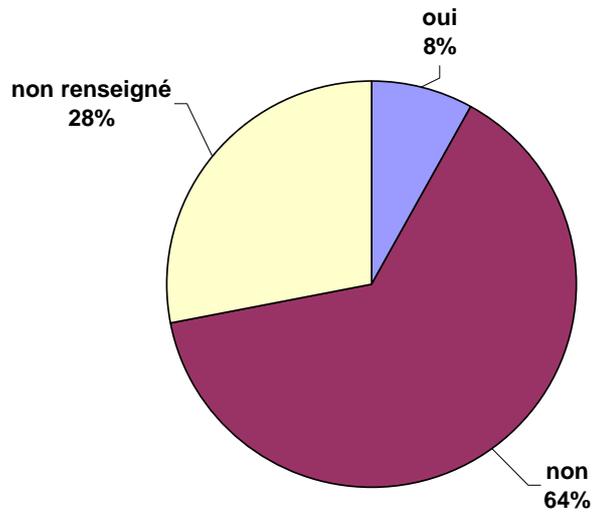
Malheureusement, l'information n'a pas été recueillie pour 46 d'entre eux.



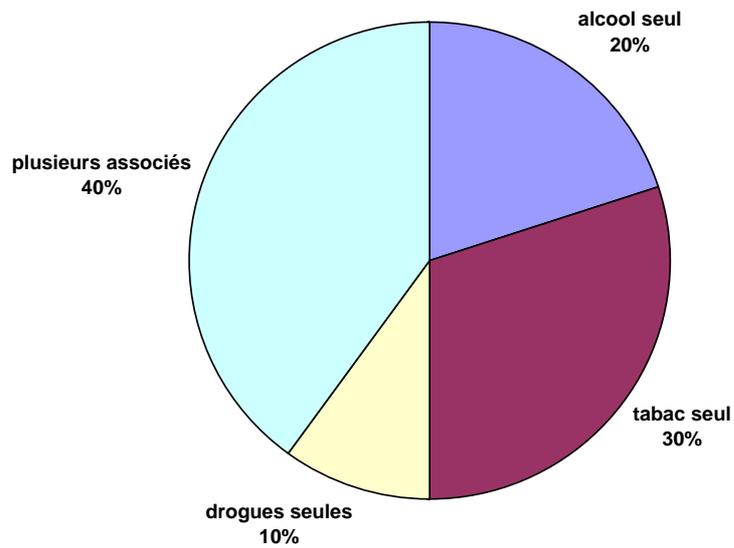
## 9) **Consommation de produits addictifs**

Il s'avère que 64% ne consomment ni tabac, ni alcool, ni drogue, et que 8% consomment un ou plusieurs associés. L'âge varie de 10 à 17 ans avec une moyenne d'âge de 14 ans. Si l'on ne considère que cette tranche d'âge, cela représente 10% de l'échantillon.

consommation de produits addictifs



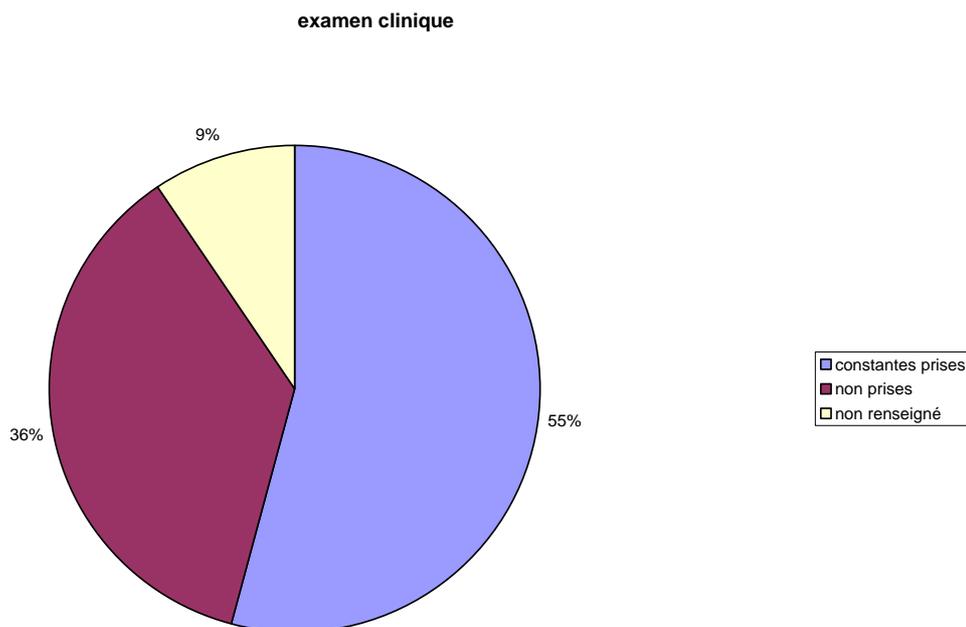
Parmi les consommateurs, 40% consomment tabac et/ou alcool et/ou drogue.



## 10) *Prise en charge aux urgences pédiatriques*

### 10.1 *Prise des constantes et examen physique*

En principe pour chaque entrée, l'infirmière d'accueil doit prendre le pouls, la tension artérielle et la température de l'enfant. Quand on regarde la figure ci-dessous, on constate que ce n'est fait que dans 55% des cas.



L'examen physique n'a pas été fait dans 14 cas dont un par refus de l'enfant.

### 10.2 *Bilan complémentaire*

Dans **24,5% des cas** un bilan complémentaire a été demandé :

C'est en cas de *trouble psychosomatique* (49%) que les examens sont le plus demandés : biologie (9 enfants), ECG (4 enfants), imagerie (radio ou scanner pour 4 enfants) et avis spécialisé (2 enfants).

Dans 23% des cas ils ont été demandés pour les *IMV* : biologie (7 enfants) et ECG (2 enfants).

Dans 8% des cas, pour *les conversions hystériques* : biologie (2 enfants) et 1 avis spécialisé.

Dans 8% des cas également, pour *les maltraitances ou abus sexuels* : biologie (2 enfants) et 1 avis spécialisé (examen gynéco).

Dans 5% des cas, pour *les troubles du comportement* : biologie (2 enfants).

Dans 5% des cas pour *les états délirants* : biologie (1 enfant) et 1 avis neurologique.

Dans 2% des cas pour *l'anorexie* : biologie pour 1 enfant.

Motif	Examens complémentaires				Total
	biologie	ECG	imagerie	avis spécialisé	
troubles psychosomatiques	9	4	4	2	19
IMV	7	2			9
conversion hystérique	2			1	3
troubles du comportement/agitation	2				2
maltraitance/abus sexuel	2			1	3
anorexie	1				1
état délirant	1			1	2
Total	24	6	4	5	

La biologie la plus demandée était le dosage de toxiques sanguin et urinaire, la glycémie capillaire et le ionogramme sanguin.

L'imagerie réalisée était le scanner (n = 2) et l'électro-encéphalogramme (n = 2).

Pour les avis spécialisés, il s'agissait dans 2 cas d'un avis neurologique pour des troubles psychosomatiques, d'un avis gynéco pour un cas d'abus sexuel et d'un avis ophtalmo.

### 10.3 Avis pédopsychiatrique

Un avis pédo-psychiatrique a été demandé dans 55% des cas (54 cas). Il a alors été obtenu dans 98% des cas.

Dans 42% des cas, il a été obtenu en moins d'une heure, 6% entre 1 et 2 heures, 6% entre 2 et 12 heures et 36% en plus de 12 heures (il s'agissait des enfants qui étaient hospitalisés et ne voyaient le pédopsychiatre que le lendemain).

Une seule fois il n'a pas été possible d'obtenir un avis car le pédopsychiatre n'était pas sur place.

Pour 6 enfants nous n'avons pas retrouvé le délai d'attente.

Avis pédopsychiatrique	nombre d'enfants
<b>demandé</b>	<b>54</b>
<i>obtenu</i>	53
délai <1 heure	22
1 à 2 heures	3
2 à 12 heures	3
>12 heures	19
délai non connu	6
<i>non obtenu</i>	1
<b>non demandé</b>	<b>44</b>

#### 10.4 Place de l'assistante sociale

Elle n'a été sollicitée qu'une seule fois pour un enfant vivant dans des conditions précaires à l'hôtel.

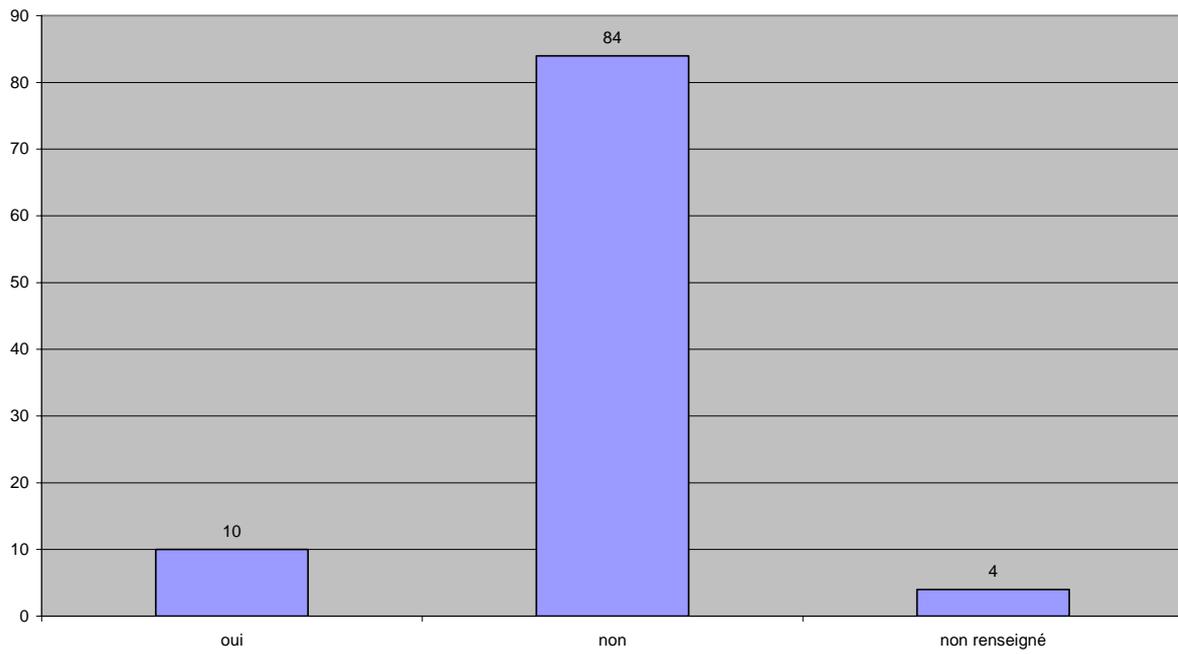
#### 10.5 Traitement d'urgence

Il a fallu avoir recours à une contention physique 2 fois pour 2 jeunes admis pour agitation. Ils ont également reçu une injection intramusculaire de neuroleptique.

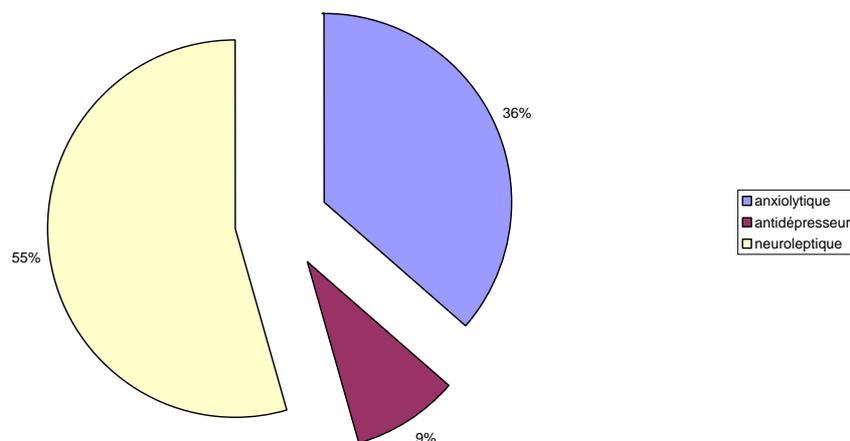
#### 10.6 Indication à un traitement

Nous avons également étudié dans quelle proportion était prescrit un traitement médicamenteux à la fin de la consultation avec le pédopsychiatre.

indication à un traitement



Dans 10% des cas il était prescrit : 7 fois par le pédopsychiatre et 3 fois par le pédiatre. La répartition par type de molécule est représentée dans le schéma ci-dessous.



## 10.7 Orientation à partir des urgences pédiatriques (UP)

Quand on regarde ce que deviennent les enfants après leur passage aux UP, on constate que la majorité (**57%**) a été hospitalisée, principalement en CMP (Clinique Médicale Pédiatrique). Seulement **3%** ont été transférés au SHIPP (Service d'hospitalisation intersectoriel de Pédo-Psychiatrie) et **1%** en chirurgie, faute de place en médecine.

**Vingt-sept pour cent** des enfants sont rentrés à domicile mais avec un rendez-vous de consultation avec un pédopsychiatre ou adressés à l'UAED (Unité d'Accueil des Enfants en Danger).

Quatorze pour cent sont rentrés à domicile sans rendez-vous.

ORIENTATION	Nombre d'enfants
Hospitalisation	57
CMP	53
SHIP	3
chirurgie	1
Retour à domicile avec cs	27
Retour dans la famille sans RDV	14

# DISCUSSION

Depuis plusieurs années, on observe une augmentation croissante du nombre d'entrées pour motif psycho-social dans le service des urgences. Assez tardivement (dans les années 1970-1980) ont été créées des unités accueillant les urgences psychiatriques.

La plupart des études ont été réalisées dans des unités de consultation médico-psychologiques : D. SAUVAGE et L. HAMEURY au Département Universitaire de Psychopathologie de l'enfant au CHR de Tours ; G. GIRET à la clinique de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'hôpital de la Salpêtrière...D'autres traitent des adolescents suicidants. Mais peu ont été menées dans un service d'urgences pédiatriques générales.

L'hôpital de Nantes est l'un des deux centres de Loire Atlantique habilité à recevoir ces urgences (avec Saint-Nazaire). Il nous paraissait intéressant de faire le recueil des admissions pour motif psycho-social afin d'évaluer la qualité de leur prise en charge pour déterminer si ce lieu est adapté à leur accueil.

Nous avons également étudié les caractéristiques démographiques, le contexte familial et les antécédents de ces enfants.

## **1) Données épidémiologiques**

### **1.1 Age et sexe**

Il s'agit de filles dans 2/3 des cas. La prédominance en faveur des filles est statistiquement significative ( $p < 0,0001$ ). Pour l'ensemble des admissions à cette même période aux urgences pédiatriques, tous motifs confondus, le sexe ratio est en faveur des garçons.

La majorité des enfants ont entre 14 et 17 ans ce qui correspond à l'adolescence. Cette répartition est différente de celle retrouvée dans l'ensemble des urgences pédiatriques à cette même période ( $p < 0,0001$ ) où elle prédomine chez les 0-3 ans.

En effet, la prévalence de l'ensemble des troubles psychopathologiques augmente avec l'âge : elle serait de 8% chez les enfants de 1 à 5 ans, passerait à 12% chez les grands enfants et préadolescents de 6 à 12 ans, pour atteindre 15% chez les adolescents de 13 à 18 ans (23).

Le petit nombre d'enfants peut se comprendre dans la mesure où les troubles du comportement sont plus facilement contrôlables chez un enfant que chez un adolescent. La famille est capable de gérer la situation plus facilement.

De plus, d'une façon caractéristique et dans toutes les études, les jeunes filles présentent des symptômes plus souvent et expriment des besoins plus importants que les garçons.

M. E. Garralda a comparé dans son étude un groupe d'enfants consultant en urgence à un groupe contrôle venant en consultation non urgente. Il s'avère que la proportion des filles est plus importante dans le groupe des urgences que dans le groupe contrôle (54% contre 45%). De même les 12-15 ans sont plus nombreux dans le 1<sup>er</sup> groupe que dans le 2<sup>ième</sup>, respectivement 77% et 50%.

Par contre, Gail A. Edelsohn et Braitman retrouvent dans leur étude une majorité de garçons (58%). La répartition en fonction de l'âge montre une prédominance des adolescents de 13 à 17 ans.

P. Rouby constate dans son étude un pic de fréquence pour les 12-13 ans alors qu'il se situe vers les 14-15 ans dans notre étude.

Ce type d'urgences concerne donc majoritairement des adolescentes.

## **1.2 Répartition dans la journée, la semaine et l'année**

On a constaté que le nombre d'entrées est maximal pendant les heures où les enfants sont à l'école, entre 9h et 12h et entre 14h et 17h. De même, la fréquentation est maximale dans la semaine par rapport au week-end.

Une étude réalisée en 2001 et 2002 dans un service d'urgences à Baltimore retrouve une répartition comparable avec un pic le mercredi et un minimum d'entrées le week-end. Ils ont étudié également l'heure à laquelle l'enfant est vu en consultation. Ils retrouvent un pic dans l'après-midi et le début de soirée.

Mais il existe un biais car il n'y avait qu'un seul médecin disponible à la fois. Donc, aux heures de grande affluence, il y avait un délai entre l'heure d'arrivée et le moment où l'enfant était vu en consultation.

Cela laisse penser que l'école exacerbe les problèmes de l'enfance. En effet, l'environnement scolaire et ses exigences constitue une source de stress pour certains enfants ce qui peut aggraver une pathologie psychiatrique pré-existante (5).

De plus, le problème est celui de la définition de l'urgence. C'est l'instituteur ou l'éducateur qui estime que le comportement de l'enfant n'est plus adapté à l'environnement et décide qu'une intervention en urgence est nécessaire. Il est dépassé dans sa capacité à contenir l'enfant alors que les parents auraient peut-être géré la situation.

Nous n'avons pas pu le démontrer pour l'année car la période étudiée était de 4 mois, mais Stebbins LA et Hardman GL ont montré que les mois de janvier, mars, avril et mai étaient les

plus chargés et que la période des grandes vacances avait la fréquentation la plus basse, ce qui renforce notre hypothèse.

Cependant, un des biais de l'étude est que le nombre de médecins présents était maximal entre 8h30 et 18h30. Il est donc très probable que certains dossiers ont été moins bien remplis en dehors de ces horaires et n'ont donc pas été pris en compte dans l'étude.

## **2) Motifs d'admission**

C'est l'**agitation** (23%) qui est le motif le plus fréquent, avant même les tentatives de suicide. Il ne s'agit souvent pas d'urgences vraies à proprement parler mais de situations où l'entourage est dépassé dans sa fonction de contenant. Dans les cas de conflits familiaux, au vu de la proportion de couples séparés, le parent (père ou mère) est souvent seul(e) face à l'enfant agité. Il (ou elle) ne parvient pas à canaliser la colère du jeune et se tourne alors vers le service d'urgences.

Comme on l'a vu plus haut, quand cela se passe à l'école, les instituteurs ou les éducateurs peuvent se trouver dépassés par la situation.

Viennent ensuite l'**anxiété et la dépression (20%)** aussi fréquents que les **troubles psychosomatiques (20%)**.

- la dépression est surtout une pathologie de l'adolescent : sa prévalence chez l'enfant de 6 à 12 ans est inférieure à 3%. Elle est de 5 à 7% chez l'adolescent pour l'épisode dépressif majeur. Une ambiance dépressive (morosité, crise anxiodépressive ou dépressivité) concerne 30 à 40% des adolescents.

- l'anxiété sous ses différentes formes (angoisse de séparation, hyperanxiété, évitement...) a une prévalence moyenne de 8% à l'adolescence.

- l'association dépression-anxiété est particulièrement fréquente sans que l'on puisse définir avec certitude la nature de cette association.

Enfin, le lien entre tentative de suicide et dépression à l'adolescence est désormais bien établi, même s'il est peut-être un peu moins fort que chez l'adulte (23).

- les troubles psychosomatiques sont surtout rencontrés chez les adolescents. Toutes les études épidémiologiques en population générale sont là pour souligner ce fait, accréditant au passage l'importance du langage du corps à cet âge.

M.E.Garralda a comparé les motifs de consultation d'un groupe d'enfants consultant en urgence à un groupe contrôle. Il constate que les symptômes dépressifs (54%), suicidaires (31%) et psychotiques (22%) sont plus fréquents dans le groupe des urgences, et cela de façon statistiquement significative ( $p \leq 0,05$ ). Il en concluait qu'une prise en charge et un traitement précoces de ces enfants étaient nécessaires.

Comment expliquer l'importance de ces motifs de venue aux UP ? Tout d'abord, ces pathologies sont liées à des facteurs environnementaux :

- 1) l'effet cumulatif d'évènements stressants constitue un facteur de risque chez l'enfant.
- 2) la monoparentalité est davantage associée à la persistance des troubles qu'à leur déclenchement
- 3) les comportements punitifs, coercitifs, arbitraires des parents ont un effet sur le développement des troubles chez l'enfant (38).

Il y a finalement peu de **pathologies psychotiques** (1 état délirant, 1 trouble de la personnalité). En effet, les enfants atteints d'une pathologie assez lourde sont bien connus du SHIPP et ne passent pas par les urgences car l'entourage connaît la pathologie de l'enfant et sait à qui s'adresser.

**Les tentatives de suicide** représentent 16% du total ce qui est plus faible que dans l'étude de Garralda (31%).

On retrouve dans la littérature d'autres motifs comme les **décompensations acido-cétosiques** des adolescents diabétiques. En effet, le diabète à l'adolescence est une maladie difficile à vivre et à penser. Si le diabète est une maladie non visible, les adolescents diabétiques rapportent souvent se sentir différents par rapport aux autres du même âge. Une diminution plus ou moins marquée de l'adhésion au traitement est quasi constante chez l'enfant diabétique qui arrive à l'adolescence. Le sous dosage ou l'omission d'injections pour maigrir explique probablement la plus grande fréquence des hospitalisations pour acidocétose des jeunes filles, en situation de grande détresse psychologique ou sociale (23).

### **3) Qui l'adresse ?**

On constate que ce sont majoritairement les parents qui adressent l'enfant (45%), puis les médecins généralistes (30%), les institutions (14%) et les psychiatres (6%).

Giret et Sibertin-Blanc (13) retrouvent une répartition assez semblable avec par ordre décroissant : les parents (29%), les consultations de médecine (25%), Police secours (13%), les institutions éducatives (9%), les consultations de psychiatrie (8%), le CPOA (Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil situé à l'hôpital Henri-Rousselle) et dans 6% des cas ils sont venus d'eux-mêmes.

Cela montre le rôle clé que peuvent avoir les médecins généralistes dans le dépistage des troubles psycho-sociaux chez l'enfant et surtout l'adolescent, par rapport aux **psychiatres** qui sont peu consultés.

Mais leur représentation est encore trop faible par rapport aux **parents** qui sont les premiers à amener leur enfant aux urgences, sans passer par le médecin généraliste.

En effet, l'hôpital est perçu comme un endroit où on accède facilement aux examens complémentaires, aux spécialistes. Comme l'avaient montré B. Chevallier et J. Elbhar dans leur étude sur la bronchiolite en 1999, l'hôpital apparaît comme une structure alliant sécurité, disponibilité permanente, praticabilité et coût peu élevé.

De plus, les parents et/ou l'entourage de l'enfant ont parfois un grand sentiment d'urgence face à la manière d'être de celui-ci, qui a changé, souvent très rapidement :

- dans une direction qu'ils estiment très inquiétante, jusqu'à inclure parfois, à leurs yeux, un risque vital...en tout cas un risque de désorganisation grave de la santé et/ou de la famille et/ou de l'environnement,
- face à quoi ils ne trouvent pas de solution satisfaisante, à partir de leurs propres ressources,
- et pour laquelle ils demandent une réponse thérapeutique ou en tout cas protectrice immédiate et efficace (39).

Le manque de connaissance (de la part des familles, des professionnels de santé et des éducateurs) des structures disponibles en dehors de l'hôpital est une des raisons de la venue aux urgences. La prévention passerait donc par l'information des familles en difficulté et des professionnels, pour une meilleure orientation de ces enfants.

Une autre raison de la venue aux urgences est le délai d'attente souvent trop long avant de pouvoir consulter dans les centres médico-psychologiques.

#### **4) Qui l'accompagne ?**

L'enfant est accompagné par ses 2 parents dans 39 cas. Il ne s'agit pas seulement des parents vivant en couple mais aussi des parents séparés.

La mère est plus souvent présente que le père. Cela s'explique par le fait qu'en cas de séparation, c'est souvent la mère qui a la garde de l'enfant. De plus, l'évolution actuelle de la famille se fait vers une transformation de la fonction paternelle et le déclin de l'autorité du père. Le chômage notamment est synonyme de perte du statut de puissance et d'indépendance économique, fragilisant les modèles d'identification des adolescents (24).

On ne peut qu'être interpellé par le fait que 8 enfants sont venus seuls, amenés par une ambulance. Parmi eux, 4 étaient adressés par la famille. On peut imaginer que le parent était dans l'impossibilité de l'accompagner (garde d'un enfant en bas âge) ou alors que le conflit parent(s)-enfant était tel que le(s) parent(s) étai(en)t dépassé(s) dans leur fonction contenante. Cela constitue un préjudice pour l'enfant qui est « abandonné » aux urgences alors qu'il ne l'a pas choisi et que son histoire est déjà marquée par la répétition de ruptures. Il est encore moins pardonnable de la part des médecins et des éducateurs de ne pas avoir fait accompagner l'enfant.

#### **5) Lieu de vie**

La proportion de couples séparés (44%) est plus importante que dans la population générale (1/3). C'est ce que retrouve P. Rouby (18) dans son étude réalisée au CHU de Tours : 43% des familles sont dissociées.

M. E Garralda a montré dans son étude (16) qu'une proportion significativement plus grande d'enfants ne vivait pas chez leurs 2 parents dans le groupe des urgences par rapport au groupe contrôle.

On peut donc supposer que la dissociation des familles est un facteur de risque pour les enfants d'avoir des problèmes.

En effet, en cas de divorce, les enfants vivent la séparation sous le sceau de la culpabilité et de la peur d'être à leur tour abandonnés. Coexistent des sentiments ambivalents : rancune pour le parent qui est parti, mais aussi pour celui qui n'a pas pu plaire, et blessure narcissique de n'avoir pas su garder le parent parti. Il s'ensuit une souffrance de l'enfant qui se manifeste souvent par des troubles du comportement (24).

Mais c'est surtout le climat familial et la qualité du contact aux parents qui sont des facteurs significatifs. Des relations tendues ou conflictuelles entre l'enfant et ses parents ou entre les parents sont toujours corrélées avec l'augmentation des difficultés (18).

Dans l'étude de Garralda, il apparaît que les relations sont plus difficiles avec la mère et qu'il y a eu récemment une montée des tensions au sein du couple dans le groupe des enfants vus en urgence.

Nous n'avons malheureusement pas d'information sur le niveau socio-économique des parents. P. Rouby, retrouve que 26,5% de la population étudiée est en situation précaire.

Dans notre étude, huit enfants sont dans une famille d'accueil ou dans un foyer, parce qu'ils sont orphelins ou que leur garde a été retirée à leurs parents.

## **6) Antécédents personnels et familiaux**

### **6.1 Antécédents personnels**

Une forte proportion d'enfants ont déjà des antécédents personnels **psychiatriques** (n = 74) et ont déjà été hospitalisés pour cette raison.

Malgré un suivi en ville par un psychiatre ou un psychologue, ils viennent aux urgences. On peut y voir un échec de la prise en charge à l'extérieur, ou tout du moins une insuffisance. Les efforts pourraient être portés sur la recherche de signes avant-coureurs d'une crise, afin d'anticiper et d'éviter une situation où la seule solution semble le recours aux urgences.

La majorité des enfants de l'étude sont atteints d'une **maladie chronique**.

On estime que le quart des enfants et adolescents malades chroniques présentent des difficultés émotionnelles et d'adaptation importantes. Cette proportion est deux fois plus élevée que dans la population des enfants et adolescents indemnes de maladie (23).

Quarante-six pour cent des enfants sont atteints d'**asthme**. Si de nombreux adolescents gèrent bien leur asthme, la situation est souvent différente dans les asthmes graves, où la difficulté du vécu peut être accentuée par l'existence d'éléments dépressifs inhérents au mouvement de l'adolescence. Or la dépression et l'anxiété sont fréquentes dans les asthmes sévères à cet âge.

Elles posent d'ailleurs la question de leur rôle dans l'exacerbation de certaines crises. L'asthme est enfin réputé pour être une maladie de l'adaptation. On sait que par rapport aux adolescents en bonne santé, les asthmatiques ont plus de difficultés à faire face aux situations de stress (23).

**L'obésité** est retrouvée chez 13% des enfants. La souffrance psychique de l'adolescent obèse est fréquente et souvent importante, même si elle est déniée ou minimisée. Elle est intriquée à l'obésité, qui fait souffrir psychologiquement, tout comme des difficultés psychologiques peuvent entraîner ou entretenir une « obésité-protection ».

L'isolement relationnel est souvent plus profond qu'il n'y paraît, en raison des complexes personnels et du regard des autres. Les relations avec les parents sont également souvent perturbées, volontiers focalisées sur le symptôme poids et le comportement alimentaire (23).

## 6.2 Antécédents familiaux

Parmi les antécédents familiaux, on retrouve le plus souvent une **dépression** chez le père ou la mère.

M. E Garralda retrouve une plus forte proportion de parents dépressifs dans la population d'enfants ayant consulté en urgence que dans le groupe contrôle. Il va plus loin en mettant en évidence une corrélation entre les symptômes dépressifs des parents et les comportements suicidaires ou réfractaires des enfants.

D'après la conférence de consensus de décembre 1995 sur les troubles dépressifs de l'enfant, il semble établi que les descendants de sujets adultes porteurs d'une maladie maniacodépressive (troubles bipolaires) ont une probabilité plus élevée de présenter des problèmes de santé mentale. Ces problèmes ne sont pas exclusivement des troubles dépressifs de type bipolaire. En l'état actuel, aucun conseil génétique n'est envisageable, mais il est nécessaire d'être attentif aux enfants nés dans des familles où des troubles de ce type ont été reconnus.

Il y a également 7 cas d'**alcoolisme** chez le père. On sait que ce problème est très souvent associé à un comportement violent qui met en danger l'enfant.

Ainsi l'approche de ces enfants et adolescents nécessite la prise en compte de l'ensemble de ces éléments qui permettent de mieux comprendre la symptomatologie qu'ils présentent.

La prévention peut donc se faire précocement en identifiant les facteurs de risque intrinsèques et familiaux lors des consultations chez le médecin généraliste ou le pédiatre.

## 7) *Traitement actuel médicamenteux*

La consommation de médicaments est assez importante chez ces adolescents et surtout chez les filles. Elle est d'ailleurs souvent associée à la prise d'alcool et de tabac.

Ce sont les neuroleptiques qui sont le plus consommés dans notre étude aussi bien chez les filles que chez les garçons. Les filles ont aussi souvent recours à la phytothérapie.

Les statistiques nationales montrent qu'à partir de 17 ans, la prise de plusieurs produits concerne plus de la moitié des jeunes.

## **8) Activités extrascolaires**

Nous avons trop peu d'information pour en conclure quoi que ce soit.

Je n'ai pas trouvé de données à ce sujet dans la littérature. On peut dire par contre que le sport par exemple est bénéfique pour l'enfant ou l'adolescent. Il favorise le développement de la confiance en soi. Les adolescents les plus sportifs semblent avoir une attitude plus positive en terme de prévention et de santé perçue.

## **9) Consommation de produits addictifs**

On remarque que le pourcentage de consommateurs est assez faible (8%) mais il est certainement sous-estimé car l'enfant ou l'adolescent n'en parle pas facilement, surtout s'il s'agit de produits illicites.

Le produit le plus consommé est le tabac alors que dans les statistiques nationales c'est l'alcool qui est en tête.

Le plus souvent, plusieurs produits sont associés, ce qui est inquiétant sachant que la consommation simultanée de produits définit assez bien le début d'un comportement dépendant d'allure toxicomaniaque chez le jeune. Mais la consommation de produits n'est pas un chemin rectiligne et uniforme conduisant à la toxicomanie. Des enquêtes déjà anciennes ont bien montré qu'un nombre non négligeable de jeunes abandonneront ultérieurement leurs habitudes de consommation.

La consommation régulière d'un produit va de pair avec d'autres troubles (troubles du comportement, plaintes somatiques et troubles de l'humeur). Cela signifie que, pour le jeune, l'engagement dans une consommation addictive témoigne d'un malaise ou d'une souffrance psychique diffuse et d'une tentative de trouver une solution personnelle à cet état.

Notons, en ce qui concerne le tabagisme, que la composante dépressive n'est pas à sous-estimer car 53% des adolescents disent fumer lors de moments de solitude et 60% lorsqu'ils ont le cafard. Une large enquête prospective a récemment montré que si à l'adolescence la dépression n'apparaît pas comme prédicteur de tabagisme, le fait de fumer en revanche est un puissant déterminant de symptômes dépressifs ultérieurs (36).

La situation dépressive influe peu sur la consommation d'alcool : seulement 11% des adolescents affirment boire plus volontiers quand ils ont le cafard et 6% quand ils se sentent seuls. Cela pourrait expliquer que le tabac est plus consommé seul que l'alcool dans notre échantillon de jeunes qui présentent souvent des symptômes dépressifs.

Devant un jeune qui consomme, il est important d'essayer de repérer s'il est à risque d'engagement dans l'addiction. On connaît certains facteurs de risque individuels, familiaux et liés à l'environnement qu'il est important de rechercher. On peut citer entre autres :

- individuels : des troubles graves et persistants du sommeil dans la petite enfance, des situations répétées de ruptures relationnelles, des carences affectives
- familiaux : une dissociation familiale, des habitudes de consommation abusive ou excessive chez les parents, une insatisfaction relationnelle entre le jeune et ses parents
- liés à l'environnement : la misère et le chômage, l'exclusion ou la rupture de la scolarité.

On voit là toute l'importance que peuvent avoir le médecin et le pédiatre dans la prévention auprès des jeunes.

## **10) Prise en charge aux urgences pédiatriques**

### **10.1 Eliminer une pathologie organique**

#### **10.1.1 Examen clinique**

En tant que médecins cliniciens, nous sommes toujours tentés de vouloir exclure toute pathologie organique. Cette démarche se fait à l'aide de l'examen clinique et si nécessaire d'examens complémentaires (37). C'est une étape indispensable surtout aux urgences où on a recensé un certain nombre d'admissions pour agitation qui peut être le symptôme d'une encéphalite ou d'une crise d'épilepsie par exemple. C'est surtout vrai chez l'enfant où le somatique et le psychisme sont très liés.

On voit tout d'abord que les constantes n'étaient pas prises systématiquement (55% des cas). C'est surtout en cas de charge de travail importante que cela n'était pas fait. Ce chiffre paraît assez faible mais je n'ai pas retrouvé d'autre étude mentionnant cette donnée. Il est pourtant intéressant d'en avoir connaissance. En effet, des troubles d'allure psychiatrique (agitation, troubles du comportement) peuvent révéler une pathologie organique (intoxication, encéphalite, tumeur cérébrale...).

L'examen physique a été fait dans 86% des cas.

Des efforts devront donc être faits en rappelant aux infirmières et aux internes qu'il faut systématiquement prendre le pouls, la TA, la température, voire une glycémie capillaire quand le contexte le justifie.

#### **10.1.2 Examens complémentaires**

Les examens complémentaires ont été demandés dans 24,5% des cas, ce qui ne paraît pas excessif. Ils sont parfois indispensables pour éliminer une pathologie organique ou en cas d'IMV quand il y a un doute sur les médicaments ingérés. Quand les symptômes ne sont pas

récents, on préfère hospitaliser l'enfant et faire les examens complémentaires les jours suivants, sans urgence. L'hospitalisation suffit parfois à calmer l'enfant et évite ainsi des examens inutiles.

Une étude réalisée par L. I. Santiago dans un hôpital de New-York, a montré qu'il n'était pas rentable de faire systématiquement un bilan complémentaire à tous les patients se présentant pour un problème psychiatrique. Le résultat est le plus souvent normal dans ce cas. Il est par contre intéressant de le faire pour des raisons médicales (2).

Les avis spécialisés ont été peu demandés (5 fois) car il est rare d'en avoir besoin en urgence.

C'est l'intérêt d'accueillir les urgences psychosociales dans un service général. En psychiatrie et particulièrement chez les enfants on ne peut se passer d'une évaluation par un somaticien.

## 10.2 Collaboration pédiatre-psychiatre

Parfois le pédiatre peut se trouver en difficulté face à la violence, le désespoir ou la misère qui peuvent susciter chez lui les mêmes sentiments. Des questions viennent à lui :

- est-ce urgent ?
- faut-il hospitaliser ?
- en pédiatrie ou en psychiatrie ?

La tentation reste encore grande de cliver le somatique et le psychologique. Le risque à ce moment là est de se décharger de l'enfant auprès du psychiatre. A partir du moment où « c'est pour la psychiatrie », on met à distance. On se déclare incompetent. On ne sait plus ce qu'il faut dire ou ce qu'il ne faut pas dire à l'enfant et/ou ses parents (6).

Tout un système de rationalisation permet ainsi de soulager l'angoisse, la culpabilité, parfois l'agressivité de celui qui « avoue » son impuissance, son échec, en faisant appel au psychiatre. En attendant ce dernier, il arrive que l'enfant et les parents soient mis à l'écart, ce qui rend caduque la fonction d'accueil de l'hôpital (6). Le pédiatre devrait au contraire avoir un rôle de « rassembleur » en contactant les différents intervenants pour retisser les liens.

Pourquoi ce malaise et cet embarras ? Parce qu'il y a une certaine antinomie entre les façons d'agir devant une urgence somatique et une urgence psychiatrique. La structure mentale peut rarement être appréhendée en urgence. Il faut alors prendre le temps de laisser parler et de parler, de favoriser l'expression des conflits et la symbolisation. Il faut mettre à profit cet instant pour rétablir la communication et les échanges momentanément rompus entre l'enfant et son environnement sans disqualifier l'un et l'autre (6).

Les urgences, c'est l'occasion pour le pédiatre et le psychiatre de réfléchir ensemble au sujet d'un enfant et de sa famille.

Dans notre étude, l'avis du pédopsychiatre n'a pas été systématiquement demandé, notamment quand l'enfant était hospitalisé en cas de tentative de suicide, il n'était parfois vu que le lendemain.

A ce propos, les avis divergent :

- pour C. Vidailhet, des choses vont se dire à ce moment là qui ne pourront plus être recueillies ensuite quand, tout à fait réveillé l'adolescent aura reconstitué ses systèmes de défense (6).

- pour Ph. Mazet, un entretien psychiatrique aux urgences présente deux écueils car les substances absorbées étant souvent de la famille des benzodiazépines, cet entretien peut être oublié le lendemain :

1) cette imprégnation médicamenteuse ne permet pas une évaluation fiable de l'état psychique du patient, notamment de la thymie ;

2) lors des entretiens suivants, l'adolescent peut avoir le sentiment que l'on a mis à profit son état d'obnubilation pour lui « extorquer » des confidences, ce qui ne facilite pas l'établissement d'une relation de confiance (19).

De plus, la particularité du service d'UP de Nantes est que certains des pédiatres ont une grande expérience dans l'appréhension de ces problèmes psycho-sociaux. Par conséquent, les jours où ils étaient présents, nous avons moins fait appel aux pédopsychiatres.

Les délais pour obtenir l'avis sont relativement courts. Mais l'activité des pédopsychiatres n'est pas limitée aux urgences, ils interviennent également dans le service de pédiatrie et à la maternité. Cela explique que les délais soient parfois plus longs quand ils sont appelés ailleurs.

### **10.3 Place de l'assistante sociale**

Nous avons fait très peu appel à l'assistante sociale, une fois dans un cas de pauvreté évidente. Elle est pourtant très disponible quand on a besoin d'elle.

Mais elle a un rôle plus important au cours de l'hospitalisation où elle prend contact avec tous les intervenants. Dans l'urgence, les membres de la famille ne sont pas toujours joignables et il est parfois dangereux de laisser l'enfant repartir sans avoir éclairci la situation familiale.

### **10.4 Traitement d'urgence**

Nous avons été rarement confrontés à des situations de violence. Généralement, l'enfant adressé pour agitation se calme à son arrivée. Malheureusement, deux enfants ont dû être maîtrisés par une contention physique puis une injection de neuroleptique car ils essayaient de s'enfuir. Il s'agissait d'une fille et d'un garçon.

Cela représente environ 2% du total.

De plus, l'accueil aux UP a un effet contenant car il lui permet de reprendre son statut d'enfant. L'enfant n'est pas stigmatisé pour son problème psychologique.

Les puéricultrices et auxiliaires puéricultrices ont d'ailleurs ici souvent un grand rôle de réassurance par leur côté maternant. Le simple fait de proposer une boisson ou une collation à l'enfant suffit à le calmer. Un environnement calme est aussi très bénéfique (10).

Dorfman a fait une étude sur l'utilisation de la contention (physique et chimique) dans un service d'urgences pédiatriques à Boston. Elle a été utilisée dans 6,8% des cas, ce qui est plus que ce qu'ils attendaient. Son usage était lié aux comportements auto ou hétéro-agressifs et aux patients présentant des symptômes évocateurs d'une maladie psychiatrique grave. Il n'y avait par contre pas de lien avec le sexe de l'enfant, sa race ni son niveau socio-économique (1).

L'usage de la contention est controversé car elle présente des risques. Il a été enregistré environ 30 décès d'enfants en 10 ans aux Etats-Unis. La plupart de ces cas concernaient des enfants sous l'emprise de la drogue ou qui étaient maintenus par des forces de l'ordre.

On connaît par exemple les effets paradoxaux des neuroleptiques chez les enfants. De plus, leur utilisation nécessite de garder l'enfant en hospitalisation pour surveillance.

Il serait intéressant de faire des études prospectives étudiant :

- les signes cliniques associés à l'usage de la contention,
- les indications restreintes de son utilisation,
- les moyens permettant de l'utiliser avec un maximum de sécurité
- les différentes méthodes disponibles, en les comparant entre elles.

Nous avons finalement peu de cas dans notre étude car il y a moins de violence chez les jeunes en France qu'aux Etats-Unis. Il n'est pas rare aux EU qu'ils soient amenés par les forces de l'ordre.

## **10.5 Indication à un traitement**

Une fois que l'enfant a été vu en consultation par le pédiatre et/ou le pédopsychiatre, celui-ci peut juger nécessaire de mettre en route un traitement en cas de symptômes anxio-dépressifs ou psychotiques par exemple.

Dans notre étude, peu d'enfants ont été mis sous traitement chimiothérapeutique. Cela s'explique pour deux raisons :

- le diagnostic précis n'est pas toujours fait aux urgences. Il faut parfois plusieurs entretiens au cours de l'hospitalisation pour le déterminer,
- chez l'enfant, l'usage du traitement chimiothérapeutique est très limité et la prescription doit suivre des règles précises.

En cas de dépression, seuls les tableaux sévères et durables entravant de manière massive le fonctionnement psychosocial, et ne réagissant pas aux interventions psychothérapeutiques, pourraient justifier la prescription d'antidépresseurs (38).

Pour l'anxiété, le traitement psychotrope doit être réservé aux formes d'angoisse intense entraînant un handicap dans la vie scolaire, sociale ou relationnelle du jeune (23). Ce traitement médicamenteux ne doit pas être isolé et doit s'accompagner d'une approche relationnelle entre l'enfant, ses parents et le pédopsychiatre.

Le plus souvent, le mode de prise en charge privilégié à Nantes est la psychothérapie.

## 10.6 Orientation à partir des UP

Les enfants ont été hospitalisés dans la majorité des cas ( $n = 57$ ), alors que si on regarde l'ensemble des entrées aux UP à cette même période, on constate que la tendance s'inverse : 84% des enfants rentrent à domicile et 16% seulement sont hospitalisés.

Les enfants consultant pour des difficultés psychologiques ou psychiatriques sont donc plus à risque d'être hospitalisés que ceux venant pour tout autre motif.

En effet, dans certains cas, l'intervention du pédopsychiatre ne suffit pas à calmer la situation qui est l'aboutissement d'une histoire complexe émaillée d'incidents divers.

On peut expliquer le grand nombre d'hospitalisations par différentes raisons :

- L'hospitalisation a un effet bénéfique par la séparation qu'elle entraîne de l'enfant et de sa famille. Mais elle ne doit pas être systématique.

- on n'a pas toujours le temps de rencontrer aux urgences les différents intervenants et cela se fait alors au cours de l'hospitalisation.

- enfin, le pédopsychiatre n'est pas toujours disponible rapidement, ce qui augmente la durée de séjour aux UP. On préfère alors dans les cas de tentatives de suicide, par exemple, hospitaliser l'enfant pour réévaluer la situation au calme.

En ce qui concerne le lieu d'hospitalisation, elle se fait le plus souvent en pédiatrie car cela permet de ne pas sectoriser l'enfant pour son problème psychologique ou psychiatrique. Les structures psychiatriques posent le problème d'une stigmatisation de l'individu, le renvoyant à l'image de la folie.

Ces établissements font souvent l'objet d'un rejet massif de la part du patient et de ses proches rendant difficile l'investissement du soin.

A contrario, l'hospitalisation dans un service de pédiatrie nécessite des modalités d'accueil, d'évaluation et de prise en charge pas toujours faciles à mettre en place dans des services où l'hétérogénéité des tâches accomplies par les soignants, le manque de formation spécialisée, les grandes différences d'âge (adolescents, enfants de très bas âge), ne peuvent apporter un cadre suffisamment contenant à l'adolescent.

Seulement 3 enfants sont allés au SHIPP car leur cas était plus lourd et nécessitait une équipe soignante formée à ce genre de pathologies.

Un enfant a dû être hospitalisé en chirurgie, faute de place en médecine, ce qui est dommage car il se retrouve face à une équipe soignante qui n'a pas la formation pour s'occuper de lui. Il bénéficie cependant d'un suivi par le pédopsychiatre.

Parmi les enfants qui n'ont pas été hospitalisés, 27 d'entre eux sont rentrés à domicile mais seront suivis en consultation de pédopsychiatrie en ville ou à l'hôpital.

Les 14 autres enfants non hospitalisés ont été adressés à l'UAED. Ils restent donc dans le circuit de l'hôpital ce qui permet un meilleur suivi. Cette unité a aussi l'avantage d'assurer une prise en charge multidisciplinaire (pédiatrique, psychologique et sociale).

## **10.7 Difficultés rencontrées par l'équipe soignante**

Face à ces jeunes qui arrivent dans un état de détresse psychologique, l'équipe soignante se sent souvent démunie par manque d'expérience et par absence de formation.

Les infirmières puéricultrices et les auxiliaires sont en première ligne. Mais spontanément, par leur attitude maternante, elles vont calmer l'enfant. Elles s'en occupent comme de n'importe quel autre enfant.

Les internes aussi éprouvent de la difficulté à les prendre en charge. Quand il s'agit d'enfants, il n'est pas facile de trouver les mots justes pour se faire comprendre.

Il nous est arrivé d'accueillir des enfants aux urgences, dont les parents venaient de décéder dans un accident de voiture. Outre l'émotion dont nous étions submergés, une foule de questions sont venues à nous : faut-il leur annoncer la nouvelle ? Quand ? De quelle façon ?

Dans ce cas, l'aide de la psychologue nous a été très précieuse : elle nous a expliqué quelle attitude adopter vis-à-vis de ces enfants. Il est important dans ce genre de situations de partager la souffrance et l'émotion qu'elles génèrent. Il ne faut pas rester seul.

Nous n'avons pas de formation pratique en pédopsychiatrie au cours de notre cursus. Le stage en psychiatrie n'est plus obligatoire et donc pour la plupart, notre seule expérience est notre passage en psychiatrie en 4<sup>ième</sup> ou 5<sup>ième</sup> année en tant qu'externe.

## **11) Existe-t-il un modèle idéal de prise en charge des urgences psychosociales ?**

### **11.1 Atouts et faiblesses du modèle nantais**

#### Points forts

Le service des urgences pédiatriques de Nantes bénéficie du plateau technique du CHU et l'accès aux avis spécialisés est aisé.

Il présente l'avantage d'avoir un pédopsychiatre joignable à n'importe quelle heure de la journée et un psychiatre d'astreinte la nuit. Il fonctionne en réseau avec le SHIPP et l'UAED. Il bénéficie de la présence de pédiatres ayant une grande expérience de ces urgences.

Nous avons la chance d'avoir des **protocoles** sur la prise en charge de l'agitation et l'anorexie mentale (cf annexe 3), établis par les pédiatres et pédopsychiatres, disponibles aux urgences pédiatriques, pour nous guider dans notre démarche.

### Points faibles

Les personnes en première ligne (IDE, auxiliaires et internes) ne sont pas formées spécifiquement à ce genre d'urgences.

L'assistante sociale n'est presque jamais sollicitée alors qu'elle pourrait éviter certaines hospitalisations par sa connaissance du réseau extérieur.

## **11.2 Autres modèles Français**

Afin d'essayer d'optimiser cette prise en charge, il est intéressant de comparer ce modèle aux autres formes de structure d'accueil des urgences psychosociales existant en France.

Il existe par exemple au CHR Bretonneau-Clocheville de Tours un département universitaire de pédopsychiatrie comprenant :

- une unité plurisectorielle de psychiatrie de liaison à l'hôpital pédiatrique ;
- une consultation hospitalière dans ce même centre ;
- une consultation sectorielle rurale ;
- une unité d'hospitalisation de jour dans une section du service située au sein du quartier psychiatrique du centre hospitalier régional, dans un autre établissement.

Chacune de ces unités reçoit ses propres demandes et le département de pédopsychiatrie assure ainsi les urgences :

- du service de pédopsychiatrie et de l'intersecteur ;
- du centre régional de pédiatrie.

La réponse à ces urgences se fait sans qu'il existe une structure individualisée pour ces besoins, ni un service de garde propre à la pédopsychiatrie. Les médecins de ce département universitaire assurent une astreinte organisée à leur initiative et collaborent avec le service d'urgences pédiatriques, situé dans le même hôpital.

Les demandes sont conjointement étudiées par un secrétariat très entraîné, l'infirmière ou l'assistante sociale et l'interne. Ils peuvent toujours recevoir le conseil d'un médecin pédopsychiatre. Ainsi la nature de la demande est évaluée sans délai, de même que son degré d'urgence. Cela se fait au détriment des patients reçus sur rendez-vous.

Ce modèle a l'avantage d'éviter des admissions aux urgences qui ne sont pas justifiées mais demande de la disponibilité de la part des médecins et ne concerne que les heures de la journée. Il faudrait un dispositif avec astreintes en dehors des heures de service. Il pourrait être articulé avec les services d'accueil et d'urgences de la pédiatrie et de la psychiatrie générale.

Au CHU de Lyon, les urgences pédiatriques sont réparties entre l'hôpital Edouard-Herriot et l'hôpital Debrousse. Sur les deux sites, il existe une unité de pédopsychiatrie de consultation-liaison qui peut être sollicitée toute la journée les jours ouvrables. A l'hôpital Edouard-Herriot, le psychiatre de garde au SAU adulte se déplace pour prendre en charge les urgences pédopsychiatriques la nuit et les jours fériés.

A l'hôpital d'Evreux, qui est un établissement d'envergure départementale, les urgences pédiatriques sont accueillies par un pédiatre dans la journée, et par l'urgentiste de garde aux urgences polyvalentes la nuit et le week-end. Aucune intervention psychiatrique n'est possible aux urgences en dehors d'un infirmier en psychiatrie adulte présent à temps partiel les jours ouvrables. Les urgences pédopsychiatriques sont gérées tant bien que mal par les pédiatres et les urgentistes.

Au CHU de Rennes, les urgences pédopsychiatriques peuvent arriver au SAU de l'hôpital Pontchaillou, où sont prises en charge les urgences chirurgicales (adultes + enfants), et à l'hôpital Sud où sont reçues les urgences médicales pédiatriques. La nuit et les jours fériés, les urgences pédopsychiatriques doivent être vues par le psychiatre de garde au SAU de l'hôpital Pontchaillou.

Il n'y a pas de système d'astreinte pédopsychiatrique. Les jours ouvrables, aucun pédopsychiatre ne se déplace aux urgences pédiatriques : c'est un infirmier, dépendant administrativement de l'hôpital psychiatrique et basé en pédiatrie, qui répond aux demandes des pédiatres du SAU de l'hôpital Sud.

On constate donc que dans la majorité des établissements, il n'y a pas de pédopsychiatre ni de psychologue attaché aux urgences. Ce déficit est surtout net la nuit et les jours fériés. Ceci est lié à la prise de conscience assez tardive par les autorités de la nécessité d'une prise en charge spécialisée de ces urgences.

Par comparaison, le service des urgences pédiatriques de Nantes dispose 24h/24 d'un pédopsychiatre ou psychiatre qui peut se déplacer si besoin, même la nuit.

# **BIAIS ET LIMITES**

## **1) Les biais**

Nous n'avons probablement pas recueilli toutes les admissions pour motif psychosocial car en notre absence les questionnaires étaient rarement remplis, le soir et le week-end, ce qui correspond aux périodes où le nombre d'inclusions est le plus bas.

Certaines données sont incomplètes et ne sont donc pas exploitables.

## **2) Les limites**

La période de recueil des données est relativement courte, ce qui ne permet pas de déterminer correctement une corrélation avec le calendrier scolaire.

Le diagnostic final n'était pas toujours posé notamment dans les cas où l'enfant n'a pas été vu par un pédopsychiatre.

## CONCLUSION

Actuellement, les UP accueillent des adolescents, en majorité des filles, pour agitation ou symptômes anxio-dépressifs. Le contexte familial est souvent marqué par des tensions anciennes qui tout à coup dépassent la capacité de contenant de l'entourage.

Il s'agit d'adolescents dont les familles sont fragilisées (parents séparés, antécédents familiaux de dépression ou d'alcoolisme). Ils ont souvent déjà consulté pour le même motif ou un autre problème psychologique.

La majorité d'entre eux sont atteints d'une pathologie chronique (asthme, malformation) qui favorise l'anxiété et la dépression.

Leur consommation de produits illicites est difficile à évaluer car elle est rarement avouée.

Parmi les facteurs environnementaux, l'école semble jouer un rôle favorisant par le stress qu'elle engendre.

Au niveau de la prise en charge aux UP, elle doit commencer par un accueil apaisant et rassurant pour l'enfant, rôle assuré essentiellement par les infirmières et les auxiliaires puéricultrices. L'infirmière doit également prendre les constantes, ce qui n'est pas toujours fait, puis l'interne ou le pédiatre examine l'enfant afin d'éliminer une éventuelle pathologie organique, en s'aidant si besoin d'examens complémentaires.

Les infirmières et les internes sont en première ligne et se sentent parfois impuissants, par manque de formation. C'est une des actions qu'on pourrait mettre en place pour améliorer la prise en charge aux UP.

Le service d'UP de Nantes dispose de pédiatres dont certains ont une grande expérience des problèmes psycho-sociaux, ce qui explique que l'avis pédopsychiatrique n'est pas toujours demandé. L'avantage de recevoir ces urgences dans un service d'urgences pédiatriques générales est de bénéficier du plateau technique du CHU ;

L'avis pédopsychiatrique est assez facilement obtenu et dans un délai relativement court. Le pédopsychiatre donne son avis sur le degré d'urgence, sur un éventuel traitement à instaurer, et sur la nécessité ou non d'hospitaliser l'enfant.

L'assistante sociale est peu sollicitée car les situations rencontrées sont souvent complexes et il est difficile de vouloir tout résoudre dans l'urgence.

L'hospitalisation est plus fréquente dans notre étude que pour l'ensemble des admissions à cette même période car il s'agit de situations de crise où la séparation provisoire de l'enfant et de ses parents est bénéfique. De plus, cela laisse le temps de contacter tous les intervenants qui prendront le relais à la sortie.

Les enfants qui ne sont pas hospitalisés peuvent être orientés vers l'Unité d'Accueil des Enfants en Danger ou en consultation externe.

Ainsi, le CHU de Nantes est un centre de référence dans l'accueil des urgences psychosociales par la compétence de ses équipes médicales et paramédicales, son plateau technique et la collaboration pédiatre/pédopsychiatre.

## ABREVIATIONS

IEA: Intoxication Ethylique Aiguë

IDE: Infirmière Diplômée d'Etat

IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SHIPP : Service d'Hospitalisation Intersectorielle de PédoPsychiatrie

TA : Tension Artérielle

UAED : Unité d'Accueil des Enfants en Danger

UP: Urgences Pédiatriques

# ANNEXE 1

TABLEAU I. — ÉVOLUTION DES SIGNALEMENTS DE 1994 À 1999. SOURCE : LA LETTRE DE L'OBSERVATOIRE DE L'ENFANCE EN DANGER. ODAS, 2000, NUMÉRO SPÉCIAL.

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Enfants maltraités	17 000	20 000	21 000	21 000	19 000	18 500
Enfants en risque	41 000	45 000	53 000	61 000	64 000	65 000
Enfants en danger	58 000	65 000	74 000	82 000	83 000	83 500

TABLEAU II. — TYPES DE MAUVAIS TRAITEMENTS.

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Nombre total	17 000	20 000	21 000	21 000	19 000	18 500
Violences physiques	6 500	7 000	7 500	7 000	7 000	6 500
Abus sexuels	4 500	5 500	6 500	6 800	5 000	4 800
Négligences lourdes				5 400	5 300	5 400
Violences psychologiques	6 000	7 500	7 000	1 800	1 700	1 800

TABLEAU III. — PROPOSITIONS DE SIGNALEMENTS SELON « LE RISQUE » PRINCIPAL

Éducation	45 p. 100
Santé publique	20 p. 100
Sécurité	12 p. 100
Entretien matériel	12 p. 100
Santé physique	8 p. 100
Moralité	3 p. 100



Psychiatriques, dont hospitalisations :  
Sociaux/maltraitance :

Le patient a-t-il déjà subi un ou plusieurs accidents ? (AVP...) nombre :  
a-t-il déjà eu un suivi pédopsychiatrique ou psychologique ? préciser :  
a-t-il déjà eu un traitement psychotrope ?  
Traitement actuel médicamenteux ?

CURSUS SCOLAIRE/FORMATION PROFESSIONNELLE :

ACTIVITES EXTRA SCOLAIRES CULTURELLES OU SPORTIVES

TABAGISME

ALCOOL

CONSOMMATION DE PRODUITS ILLICITES : type, fréquence

MODE DE VIE ET SITUATION FAMILIALE : lieu de vie :

situation parentale : en couple ?	séparés	famille monoparentale
-----------------------------------	---------	-----------------------

Qualité de vie ressentie par le patient, relations avec la famille, conflits

EXAMEN SOMATIQUE :

plaintes somatiques : oui, type :		non :
Poids, taille	kg m	non connus :
Constantes	Prises :	non prises :
Examen clinique : normal :	particularités :	

PRISE EN CHARGE INITIALE AUX UP :

Avis pédopsychiatrique : non oui , délai de l'avis donné :
Assistante sociale sollicitée : oui : non :
Indication a un traitement médicamenteux : non : Anxiolytique antidépresseur antipsychotique
Bilan complémentaire réalisé : aucun : Oui, lequel :

ORIENTATION DEPUIS LES UP

hospitalisation : CMP	
SHIP	
consultation	
signalement	
retour en milieu familial sans rendez vous	

COMMENTAIRE :

## ANNEXE 3 : Protocoles

### Agitation aiguë de l'enfant aux urgences

AUTEUR :  
Dr Georges Picherot

DATE : 26/11/01

MISE A JOUR : 26/11/01

#### 1- enfants concernés

- enfant de plus de 6 ans
- avis pédopsychiatrique très souhaitable ou obligatoire
- activité incontrôlable
- mise en danger par l'agitation

#### 2- éliminer une pathologie organique ++++

neurologique  
métabolique  
intoxication alcoolique ou médicamenteuse

#### 3- Toujours essayer de calmer sans thérapeutique médicamenteuse

zone de calme  
séparation de la famille  
proposition d'hospitalisation  
( qui souvent calme les troubles du comportement)  
éviter les gestes ou les propos agressifs

#### 4- Thérapeutiques

- benzodiazépines :
  - Hypnovel 0,3mg/kg sans dépasser 10mg
  - voie rectale
  - active rapidement
  - mais réactions paradoxales et voie difficile
  - surveillance hospitalière
- les autres benzodiazépines sont peu utilisables en urgence

■ neuroleptiques

Tercian voie orale

1 goutte //kg

effets indésirables possibles mais peu fréquents

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 possibles

(dyskinésie , troubles respiratoires , hypotension)

Le relais de ces traitements est soumis à un avis pédopsychiatrique

## ANOREXIE MENTALE

AUTEURS : G.Picherot,  
M.Amar, L.Dufilhol

DATE : 11/12/2001

MISE A JOUR : 11/12/01

### Anorexie mentale

#### **Bilan initial pour les adolescents hospitalisés**

Il a deux buts

- éliminer une pathologie organique
- apprécier le retentissement de la carence alimentaire

Clinique examen complet (bien sûr !)

BMI

cotation du stade pubertaire( Tanner)

Biologie : Numération - formule  
CRP ou vitesse de sédimentation  
Iono complet + calcémie -phosphorémie  
TGO TGP  
IgF1  
T4 TSH  
Anticorps antiglyadine antiendomysium  
IDR ?

Autres examens

Age osseux  
Radiographie de thorax  
IRM cérébrale ou TDM  
Echographie pelvienne  
Evaluation de densité osseuse ( à discuter)  
ECG

Pour les dénutritions sévères BMI < 14

Prévoir à J 2 et J8  
Ionogramme Calcémie Phosphorémie

### **Nutrition par sonde naso-gastrique**

Pour les formes graves avec dénutrition sévère

Décision pédiatre et pédopsychiatre

Si possible après observation hospitalière de ... 48 heures

Si nutrition décidée

sur 24 heures en continu

Normoréal ou équivalent

300 ml le premier jour et augmentation de 100ml par jour jusqu'à  
800 ml ( ajuster suivant la prise de poids)

surveillance

- poids tous les jours
- ionogramme avec phosphorémie à J2 et J8
- scope pendant la nuit
- alimentation continuée

Alvin P et coll. : Anorexies à l'adolescence, Doin .Paris 1996

Vidailhet C., Morali A. Et coll : Prise en charge collaborative des anorexies mentales dans le cadre d'un hôpital d'enfants. Ann Ped 1996,43 :183

Alvin P., Marcelli D. Médecine de l'adolescent ,Masson 2000

## BIBLIOGRAPHIE

- 1) DORFMAN DH, MEHTA SD- Restraint use for psychiatric patients in the pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care* 2006 Janv; 22(1):7-12
- 2) SANTIAGO LI, TUNIK MG, FOLTIN GL, MOJICA MA- Children requiring psychiatric consultation in the pediatric emergency department: epidemiology, resource utilization, and complications. *Pediatric Emergency Care*.2006 Feb; 22(2):85-9.
- 3) PEDERSON P, ZLOTNIK G- Acute admissions in pediatric psychiatry. *Ugeskr Laeger*.1996 Sep 30; 158(40):5620-3.
- 4) ELBERLING H, SKOVGAARD AM- Children aged 0-3 years referred to child psychiatric department. A descriptive epidemiological study. *Ugeskr Laeger*.2002 Nov 25; 164(48):5658-61.
- 5) GOLDSTEIN AB, SILVERMAN MA, PHILLIPS S, LICHENSTEIN R6. Mental health visits in a pediatric emergency department and their relationship to the school calendar. *Pediatric Emergency Care*.2005 Oct; 21(10):653-7.
- 6) C VIDAILHET. La pédopsychiatrie aux urgences d'un hôpital d'enfants. *Arch Pediatr*(1995)2,1131-4
- 7) KRISTIN V.CHRISTODULU, PHD, RICHARD LICHENSTEIN, MARK D, MICHAEL E.SHAFFER, MARY SIMONE. Psychiatric emergencies in children. *Pediatric Emergency Care* (2002)vol 18, n°4
- 8) F GOAREGUER ET J-HAYEZ. La psychiatrie de l'enfant et l'urgence. Analyse et spécificités. *Louvain Med*.117 :293-307, 1998.
- 9) Recommandations sur les pratiques cliniques à propos des tentatives de suicide des adolescents <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/Rpc/recommrpe.html>
- 10) G.PICHEROT, L.SARTHOU, I.HAZART. Agitation du grand enfant et de l'adolescent à l'urgence. *Journées pédiatriques des urgences*, Paris 22/09/05
- 11) B.CHEVALLIER, J.ELBHAR. Bronchiolite aiguë : pourquoi les familles amènent-elles leurs enfants directement à l'hôpital ? *Médecine et enfance*. Février 1999; 3-6
- 12) GAIL A. EDELSON, M.D., LEONARD E. BRAITMAN, PH.D., HARRIS RABINOVICH, M. D., PATRICIA SHEVES, M.S.N., AND ANGELO MELENDEZ, M.S.W. Predictors of urgency in a pediatric psychiatric emergency service. *J.AM.ACAD.Child Adolesc. Psychiatry*, 42:10, October 2003.
- 13) G.GIRET, D.SIBERTIN-BLANC, C.SENDER, PH.MAZET. L'urgence existe-t-elle en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ? *Sem. Hôp. Paris*, 1982, 58, n°42, 2477-80.

- 14) RONALD C.KESSLER, PH.D., CHRISTOPHER B.NELSON, PH.D, M.P.H., KATHERINE A.MCGONAGLE, PH.D, MARK J.EDLUND, B.S., RICHARD G .FRANK, PH.D, PHILIP J.LEAF, PH.D. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders : implications for prevention and service utilisation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(1), January 1996.
- 15) SAMUEL KUPERMAN, GRACE CHAN, JOHN R KRAMER, LAURA BIERUT, KATHLEEN K.BUCHOLZ, LOUIS FOX, VICTOR HESSELBROCK, JOHN I .NUMBERGER, JR., THEODORE REICH, † WENDY REICH, AND MARC A. SCHUCKIT. Relationship of age of first drink to child behaviour problems and family psychopathology. *Alcohol Clin Exp Res*, Vol 29, No 10, 2005: pp 1869-76.
- 16) M. E. GARRALDA. Child psychiatric emergencies: a research note. *J. Child Psychol. Psychiat.* Vol 24, No. 2, pp.261-7, 1983.
- 17) PING WU, HECTOR R. BIRD, XINUHA LIU, BIN FAN, CORDELIA FULLER, SA SHEN, CRISTIANE S. Childhood depressive symptoms and early onset of alcohol use. *Pediatrics* 2006; 118; 1907-15
- 18) P. ROUBY, M. WISSOCQ, L. HAMEURY, A. PERROT, J. MALVY. Les urgences pédopsychiatriques à l'hôpital pédiatrique. *Ann Psychiatr* 2001
- 19) SAUVAGE D., HAMEURY L., PERROT A., BARTHELEMY C., ADRIEN J.L., LAUGIER J., LELORD G. Psychiatrie de consultation-liaison à l'hôpital pédiatrique : Définitions, Nomenclature, Perspectives. *Arch.Fr.Pediatr.*, 1989, 46, 559-65.
- 20) D. SAUVAGE, L. HAMEURY, P. LENOIR, A. PERROT. Les urgences de la pédopsychiatrie : Définitions et régulation. *Ann Pédiatr* (Paris), 1990, 37, n°9, 619-24.
- 21) P. DUVERGER, G. PICHEROT. Turbulences aux urgences pédiatriques. Agitation de l'enfant et de l'adolescent. *Archives de pédiatrie* 13 (2006) 811-24.
- 22) ROBERTS RE, ATTKISSON CC, ROSENBLATT A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1998; 155(6): 715-25.
- 23) P.ALVIN, D.MARCELLI. *Médecine de l'adolescent; Collection pour le praticien*, 2ième édition, Masson, 2005.
- 24) E.OLIVERY, J-M.BALEYTI. Difficultés et troubles de l'adolescence. *Abrégés*, MAZET Ph. Edition MASSON, pp 9-15, 20-7, 80-5.
- 25) POUGET.R, VISIER J-P, CASTELNAUD. *Annales médico-psychologiques*, 1979 ; 137(6-7), pp 673-80.
- 26) CONSEIL GENERAL DE CHARENTES-MARITIMES. Ce qui peut mettre un enfant en danger.

- 27) A. BOURILLON, Th. BILLETTE DE VILMEUR. Maltraitance à enfants : définitions, épidémiologie, réalités et perspectives. *Journées parisiennes de pédiatrie*, 2001, pp 61-5. FLAMMARION MEDECINE-SCIENCES.
- 28) C. LATASTE, J. MALVY, A. PERROT, L. HAMEURY, D. SAUVAGE. Les urgences de la psychiatrie de l'enfant à l'hôpital pédiatrique. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 1998, 46(1-2), 88-93.
- 29) G. PICHEROT, L. DRENO, M. BALENCON, N. VABRES. Comment reconnaître une maltraitance sexuelle récente chez l'enfant de 0 à 3 ans ? *Fédération Française de Psychiatrie*. Conférence de consensus des 6 et 7 novembre 2003 à Paris.
- 30) SOCIETE FRANCOPHONE DE MEDECINE D'URGENCE. Maltraitance : dépistage, conduite à tenir aux urgences (en dehors des maltraitances sexuelles). Texte long. *Conférence de consensus* du 3 décembre 2004 à Nantes.
- 31) D. BAILLY. Pédopsychiatrie de liaison : vers une collaboration entre pédiatre et psychiatre. *Progrès en pédiatrie* 19, pp 43-53.
- 32) M. MANCIAUX. La maltraitance aujourd'hui. *Journées parisiennes de pédiatrie* 1997, table ronde IV, pp 337-9.
- 33) S. LEMERLE. Reconnaissance et prise en charge immédiate des enfants maltraités. *Journées parisiennes de pédiatrie* 1997.
- 34) M. BOST, P. FRAPPAT et C. CASTELLO. Epidémiologie, expérience d'un département. *Journées parisiennes de pédiatrie* 1997.
- 35) D. GIRODET. Accueil et prise en charge aux urgences pédiatriques des enfants victimes d'abus sexuels. *Journées parisiennes de pédiatrie* 1997.
- 36) GOODMAN E, CAPITMAN J. Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. *Pediatrics* 2000; 106 (4): 748-55.
- 37) M. CAFLISCH. Les plaintes fonctionnelles à l'adolescence. *Archives de pédiatrie* 12 (2005) 811-3.
- 38) FEDERATION FRANCAISE DE PSYCHIATRIE. Les troubles dépressifs de l'enfant : reconnaître, soigner, prévenir, devenir. Conférence de consensus, texte court. *Archives de pédiatrie*. 1996 ; 3 :1139-42.
- 39) J-Y HAYEZ. Urgences pédopsychiatriques. <http://www.jeanyveshayez.net/urg-pedi.htm>.
- 40) ANAES. Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins. Service des recommandations professionnelles. Septembre 2001.
- 41) GASQUET I, ALVIN P, DEVEAU A. Qui sont les adolescents consultant aux urgences et comment sont-ils pris en charge ? *Enquête auprès de six hôpitaux de l'AP-HP*. Paris: AP-HP; 1999.

42) MEROPOL SB, MOSCATI RM, LILLIS KA, BALLOW S, JANICKE DM. Alcohol-related injuries among adolescents in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1995;26: 180-6.

43) BARNETT NP, SPIRITO A, COLBY SM, VALLEE JA, WOOLARD R, LEWANDER W ET AL. Detection of alcohol use in adolescent patients in the emergency department. *Acad Emerg Med* 1998;5: 607-12.

44) CHOQUET M, LEDOUX S. Adolescents. *Enquête nationale. Analyse et perspectives*. Paris: CFES; 1994.

45) BIEDERMAN J, FARANOE S, MONUTEAUX MC, FEIGHNER JA. Patterns of alcohol and drug use in adolescent can be predicted by parental substance use disorders. *Pediatrics* 2000;106: 792-7.

NOM : GRIMAUD

PRENOM : Hélène

TITRE DE THESE

## **LES URGENCES PSYCHOSOCIALES AUX URGENCES PEDIATRIQUES : CARACTERISTIQUES ET MODALITES DE PRISE EN CHARGE**

---

### **RESUME**

Le nombre d'admissions aux urgences pédiatriques pour motif psycho-social est en augmentation depuis les années 70 mais peu d'études ont été faites à ce sujet.

Notre étude prospective s'  st déroulée du 10/01/06 au 30/04/06 aux urgences pédiatriques du CHU de Nantes. Quatre-vingt seize enfants ont été inclus : ce sont principalement des adolescents (51% ont entre 14 et 17 ans), de sexe féminin (66%) car c'  st surtout à cet âge que s'expriment les troubles psychologiques, principalement chez les filles.

Ils viennent pour agitation (23%), anxiété ou dépression (23%), plus souvent que pour tentative de suicide (16%).

Les urgences sociales ont été rares pendant la durée de notre étude.

On retrouve fréquemment des antécédents personnels et familiaux psychiatriques ainsi que des maladies chroniques comme l'asthme qui favorisent l'émergence de ces troubles.

La prise en charge fait intervenir les infirmières et auxiliaires de puériculture, les internes qui ne sont pas spécifiquement formés à ce type d'urgence mais qui sont aidés des pédiatres expérimentés dans ce domaine. Ils travaillent en collaboration avec le pédopsychiatre joignable à tout moment de la journée et avec le psychiatre de garde la nuit. L'assistante sociale est finalement peu sollicitée car il s'agit de situations complexes difficiles à régler dans l'urgence.

C'  st avec une meilleure connaissance du réseau extra hospitalier de la part des parents et des médecins libéraux que l'on pourrait diminuer cet afflux aux urgences.

Enfin, cette étude confirme la place de l'hôpital de Nantes comme centre de référence dans l'accueil de ces urgences par le travail de coordination entre pédiatre et pédopsychiatre et par l'accès au plateau technique qu'il permet.

---

### **MOTS-CLES**

- urgences psychosociales
- urgences pédiatriques
- CHU de Nantes
- pédopsychiatrie de consultation\_liaison