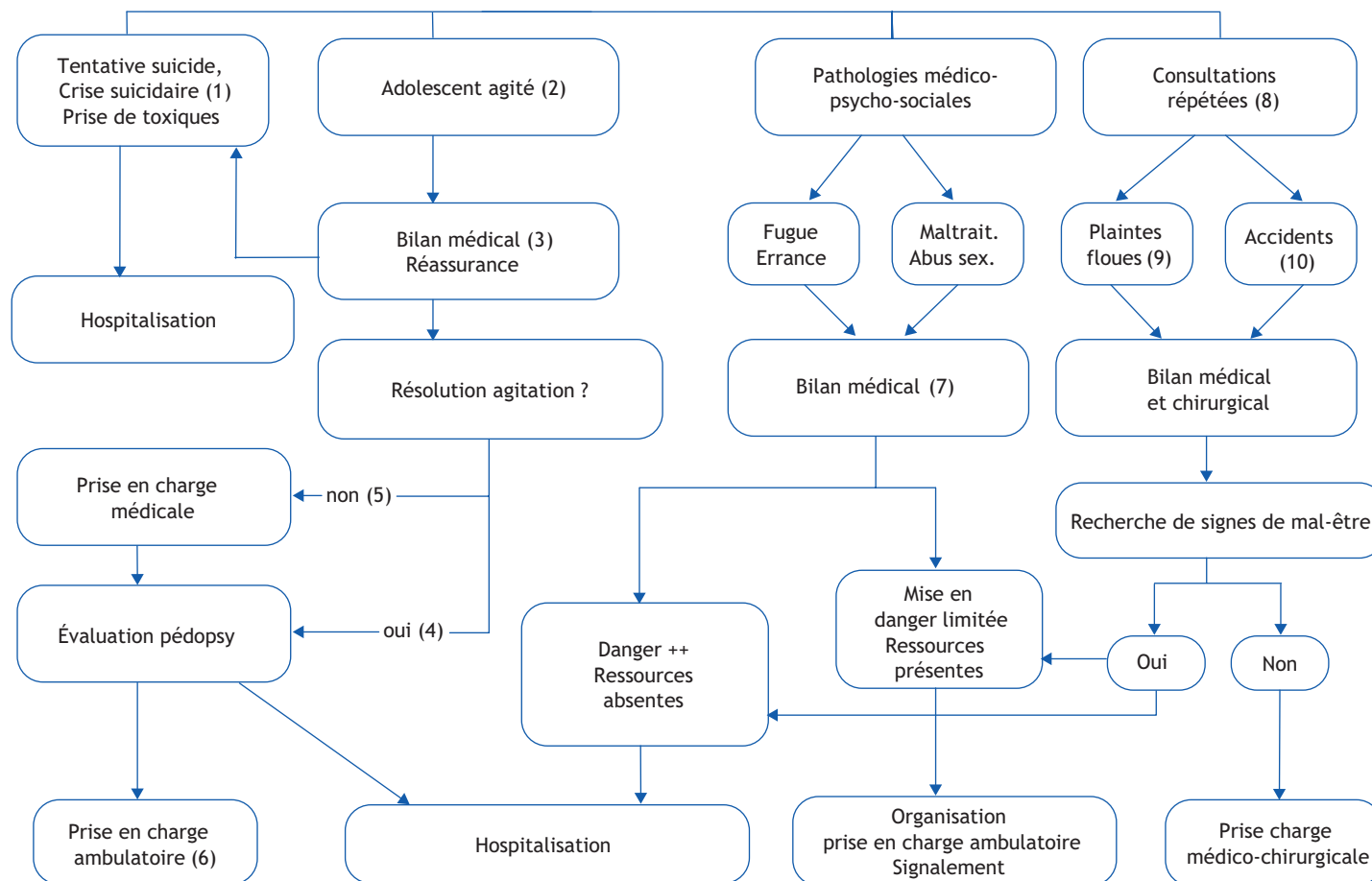


P. Giraud-Escoffier

Service des Urgences pédiatriques, Hôpital Timone- Enfants, 164 rue St Pierre,
13005 Marseille, France ; ²Réseau ASMA, 35 rue Estelle, 13001 Marseille, France



■ Arbre diagnostique - Commentaires

Il est difficile de lister toutes les façons pour un adolescent de se présenter aux urgences dans une situation de danger. Nous avons ici tenté de recenser les situations les plus courantes. Nous avons pris le parti d'écarter de ce « Pas à Pas » les adolescents présentant une pathologie psychiatrique avérée pour lesquelles l'appel au pédopsychiatre se fait souvent d'emblée (après avoir éliminé une cause organique) et les situations de danger purement médicales pour lesquelles des « Pas à Pas » spécifiques sont déjà écrits ou vont l'être.

(1) La prise en charge des TS (tentative de suicide) et celle des CS (crise suicidaire) chez l'adolescent répondent aux recommandations des experts de la Haute Autorité de Santé (hospitalisation systématique et évaluation médico-psycho-sociale). Les prises de toxiques doivent faire rechercher des signes de souffrance psychique.

(2) La crise d'agitation est un motif de consultation qui met en difficultés les services d'urgences pédiatriques. Outre la mise en danger potentielle des autres patients, elle suscite un sentiment d'angoisse et d'impuissance, provoquant en miroir une montée de l'agressivité chez l'adolescent en défaut de contenance. Si c'est une situation peu fréquente (le trajet vers les urgences permettant souvent un apaisement) elle est souvent génératrice de tensions et de mise en évidence douloureuse des failles de l'institution.

(3) L'agitation est avant tout une urgence médicale, source de pièges diagnostiques. L'élimination d'une étiologie somatique, infectieuse et toxique est primordiale.

Un examen minutieux et un bilan orienté sont indispensables. La priorité est à la prise en charge médicale. Quand son étiologie n'est pas somatique, l'agitation témoigne souvent d'une difficulté relationnelle sévère et toujours d'une souffrance psychique. Dans tous les cas il est urgent de s'isoler, prendre du temps pour ramener un apaisement et un accès à la pensée. Apaiser et

contenir chez l'adolescent est le plus souvent possible sans recours à une contention physique ou médicamenteuse.

(4) Une fois la situation apaisée, un entretien pédopsychiatrique ou psychologique va permettre d'identifier la problématique sous-jacente et de proposer une prise en charge adaptée hospitalière ou ambulatoire.

(5) En cas de non résolution d'une crise d'agitation, après avoir éliminé une cause médicale, et tenté une réassurance de l'adolescent, il est licite de proposer un anxiolytique (l'agitation psychique étant souvent sous-tendue par un syndrome anxieux). Les produits pouvant être utilisés sont l'Atarax® en cas d'agitation modérée et anxieuse, ou Tercian® si agitation plus importante et/ou troubles du comportement. La dose est fonction du poids de l'adolescent et de l'importance de l'agitation. Le mode d'administration (per os ou IM) dépend de l'intensité de l'agitation et de la coopération de l'adolescent.

(6) Dans de rares cas l'hospitalisation peut-être refusée ou non recommandée au décours de l'évaluation pédo-psychiatrique. La prise en charge ambulatoire doit être organisée par le service des urgences auquel il appartiendra de s'assurer qu'elle se mette en place. L'adolescent en danger est un adolescent qui suscite souvent les compétences des champs somatique, psychique, éducatif et social. La bonne connaissance de ces partenaires est primordiale.

(7) Toute consultation au décours d'une fugue, d'une maltraitance, d'un abus sexuel doit donner lieu à un bilan médical et lésionnel. Un bilan complet médico-psycho-social doit être effectué, si possible en hospitalisation. Si un défaut de soin est constaté, une information préoccupante doit être transmise et un retour au domicile est envisageable.

Si l'on constate une maltraitance grave, un signalement au procureur de la République doit être fait. Une hospitalisation est hautement souhaitable, obligatoire si la maltraitance est

intra-familiale. En cas de viol, outre un examen médico-légal, une contraception d'urgence, des sérologies, et traitements anti-infectieux préventifs seront réalisés.

(8) Le repérage des adolescents ayant des recours fréquents aux urgences est gêné par le *turn over* des équipes et l'importance de la fréquentation.

Nous recommandons la mise en place d'un système de repérage et d'alerte adapté à chaque service d'urgences.

(9) Une approche globale doit être proposée aux adolescents présentant des plaintes fréquentes, multiples et floues. L'on se doit de rechercher des signes de mal-être et notamment de dépression.

À cet effet, les tests proposés par Binder (TSTS, CAFARD) :

- **TSTS** (2 items ou plus sont présent dans 50 % des tentatives de suicide) : Traumatisme/Sommeil/Tabac/Stress ;
- **CAFARD** (3 items ou plus sont présent dans 50 % des tentatives de suicide) : Cauchemars/Agression/Fumeur/Absentéisme/Ressenti Désagréable (de la vie de famille).

Ils peuvent être facilement utilisés même au sein d'un service d'urgences. Un entretien pédopsychiatrique ou psychologique, ambulatoire ou hospitalier pourra être proposé au décours de cette évaluation.

(10) La répétition d'accidents de la voie publique ou du sport témoigne souvent d'une problématique sous-jacente, notamment chez les garçons. D. Marcelli a proposé une échelle d'évaluation du risque de répétition d'accidents chez l'adolescent facilement utilisable dans les services d'urgences (ECRA). Un entretien pédopsychiatrique ou psychologique, ambulatoire ou hospitalier pourra être proposé au décours de cette évaluation.

Déclarations d'intérêts

L'auteur a déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts pour cet article.

■ Références

Alvin P. Adolescents souffrants et suicidants : les dangers de l'esquive. Arch Pediatr 2008;15:1383-7.

Chambry J. Urgences et pédopsychiatrie. Arch Pediatr 2010;17:682-3.

Duverger P, Picherot G, Champion G, et al. Turbulences aux urgences pédiatriques. Agitation de l'enfant et de l'adolescent. Arch Pediatr 2006;13:819-22.

Recommandations de l'ANAES. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide ; 1998.

Stheneur C. Tentative de suicide : comment repérer un adolescent en danger. J Pediatr Puer 2006;19:218-22.