

## Accueil de l'enfant et de l'adolescent agité aux urgences pédiatriques

L'agitation est un motif rare d'admission aux urgences pédiatriques ; parfois source de confusion et de pièges diagnostiques. Signe d'une détresse importante, il s'agit d'un symptôme non spécifique, qui doit toujours faire rechercher une étiologie organique ou une cause psychologique.

Les services d'urgences sont confrontés à de nombreux défis ; de simples portes d'entrée, ils sont devenus des lieux d'intervention de crise à part entière. Les urgences pédiatriques n'échappent pas à cette évolution : véritable entonnoir de la souffrance, les admissions pédopsychiatriques et psychosociales y sont de plus en plus nombreuses. Signe des temps ? Symptôme d'une société ?

L'inflation est galopante et le recours à l'urgence est de plus en plus fréquent ; les demandes émanent des médecins, des familles et de certaines institutions : Aide sociale à l'enfance (ASE), ministère de l'Éducation nationale, foyers, etc.

Cependant l'agitation est un motif rare d'admission aux urgences pédiatriques. Signe d'une détresse importante, il s'agit d'un symptôme non spécifique, qui doit toujours faire rechercher une étiologie organique ou une cause psychologique.

Dans un premier temps, nous décrivons les spécificités propres à l'enfant et à l'adolescent, notamment dans le cadre de l'urgence. Après un rappel épidémiologique, nous abordons la conduite de l'examen et la démarche diagnostique.

L'agitation est une situation d'urgence parfois source de confusion et de pièges diagnostiques. Nous abordons ces principaux pièges cliniques en soulignant la fréquence de l'intrication de plusieurs causes. Enfin, nous proposons les principaux aspects thérapeutiques, pédiatriques et pédopsychiatriques.

### Des spécificités propres à l'enfant et à l'adolescent

La place des parents et/ou référents, c'est-à-dire la question de la responsabilité, des repères identitaires, de la place du corps, de la continuité des soins et du lieu de séparation, des chimiothérapies psychotropes, et une législation particulière sont des spécificités propres à l'enfant et à l'adolescent.

### La place des parents et/ou référents : la question des responsabilités

Accueillir un enfant, c'est toujours avoir en tête la place des parents et/ou des référents. Dans certaines



© BSIP/Tetra

situations de crise et particulièrement dans le temps de l'urgence, les parents sont parfois court-circuités. Surtout s'ils ont été ponctuellement défaillants.

Il nous faut être vigilant aux phénomènes induits de confusion, sous tendus par la dimension pulsionnelle de la situation de crise, à l'angoisse, transmise ou projetée, "contaminante", à la "déliation", et au télescopage d'éléments biographiques dans des histoires désorganisées.

Les parents ou représentants légaux, comme les tuteurs ou les référents ASE, seront toujours avertis des décisions prises et des traitements entrepris. Leur participation est indispensable, pour un transfert en milieu spécialisé, par exemple.

### Les repères identitaires

Dans certaines situations de grande urgence psychosociale, il semble important de lutter contre le risque d'abolition de la notion de sujet pour l'enfant. En effet, pour lui, le danger est grand d'une perte des repères identitaires lorsque trop de monde parle de lui et pour lui, sans qu'il puisse reconnaître l'origine de ces discours à son endroit et leur légitimité.

### La place du corps chez l'enfant

Les tableaux cliniques sont parfois trompeurs car rarement francs. Plus l'enfant est jeune, plus c'est "le corps qui parle" et exprime une souffrance psychique (somatisations multiples, instabilité motrice...). Le corollaire en est l'angoisse de l'entourage de passer à côté d'une urgence somatique. Ainsi devant un comportement inhabituel, une agitation, des plaintes floues, c'est plutôt vers les urgences pédiatriques que l'enfant sera orienté et le premier temps de l'urgence consiste à éliminer une cause somatique.

### La continuité des soins et le lieu de séparation

L'admission en urgence d'un enfant pour un trouble psychique pose parfois la question d'une discontinuité de prise charge psychologique. L'accueil aux urgences visera alors à rétablir une continuité des liens, une cohérence dans un projet de soins. Il faudra parfois du temps car l'admission en urgence est parfois le signe d'une nécessaire séparation, d'une mise à distance, d'un lieu qui permet d'endiguer les attaques et la destructivité entre l'enfant et son entourage. Mais séparation n'est pas synonyme de lâchage.

### La question des chimiothérapies psychotropes chez l'enfant

En 2007, il n'existe pas de protocole médicamenteux standardisé chez l'enfant et peu de psychotropes ont l'Autorisation de mise sur le marché (AMM) pour les moins de 15 ans. Ainsi, toute prescription de psychotropes sera prudente et adaptée d'autant qu'il existe de grandes variations individuelles et que les particularités pharmacocinétiques de l'enfant (résorption

digestive rapide, métabolisme incomplet) sont mal connues.

### La connaissance de la législation

La législation concernant les mineurs (signalement d'urgence, juge des enfants, services sociaux) est indispensable à connaître. C'est notamment le cas dans les situations de maltraitance, sexuelle ou non. Pour mieux répondre à ces situations, certains hôpitaux se sont pourvus de structures d'accueil spécifique de l'enfant maltraité et en danger.

### Données épidémiologiques

Deux études récentes concernant l'accueil des enfants et adolescents (moins de 15 ans) agités admis aux urgences pédiatriques donnent un éclairage sur la question.

#### ◆ Une première étude (Popa) réalisée entre 2000 et 2003 aux urgences pédiatriques du CHU d'Angers

a repris les dossiers des enfants admis pour agitation sur les 3 années. En 2000 : 31 dossiers ; en 2001 : 39 dossiers ; et en 2002 : 61 dossiers. L'augmentation est importante (100 % en 2 ans). Au total, l'étude a donc porté sur 131 dossiers de jeunes admis pour agitation. Ce motif d'admission représente 0,55 % de l'ensemble des urgences pédiatriques. Le sexe ratio garçon/fille est de 1/1. L'âge moyen est de 13 ans. 60 % de ces jeunes admis pour agitation vivent en foyer. 70 % ont ou ont eu un suivi psychologique. À leur arrivée aux urgences pédiatriques, 70 % sont calmes. Et 68 % n'ont pas reçu de traitement médicamenteux au service des urgences pédiatriques. Enfin, 66 % ont été hospitalisés.

#### ◆ Une deuxième étude (Picherot) réalisée aux urgences pédiatriques du CHU de Nantes en 2002

trouve des résultats similaires. Avec 148 dossiers retenus avec motif principal d'admission : « *Troubles du comportement* ». Le motif d'agitation est retenu pour 35/25 000 entrées. Ce qui correspond à une incidence de 1,4/1000 entrées. L'âge moyen des jeunes est de 12 ans 7 mois. Le recours à un traitement sédatif injectable : 1 cas. Le recours à un traitement sédatif oral : 31 % des cas. Diagnostic médical pédiatrique porté : aucun. 70 % des jeunes avaient des antécédents psychologiques ou psychiatriques.

Les situations d'agitation aux urgences pédiatriques sont toujours angoissantes et déstabilisantes. Pour autant, ces deux études montrent que l'agitation est un motif rare d'admission, qui touche plutôt le grand enfant et l'adolescent.

L'agitation est toujours un signe de détresse, fréquemment psychosociale, parfois pédopsychiatrique, rarement pédiatrique. Il s'agit d'un symptôme non spécifique, le plus souvent révélateur d'un "court-circuit" de la pensée. Agitation et violence surviennent le plus souvent chez un jeune déjà connu pour des troubles similaires. Les contextes de survenue sont variables : soit en famille, avec la crainte d'un comportement

inhabituel, d'un risque suscitant l'angoisse, d'une intolérance ; soit au sein du secteur éducatif pour des enfants vivant en internat dont les limites "contenantes" sont dépassées. Les conflits ne sont généralement pas récents. Le déclenchement de la crise provient le plus souvent d'une difficulté situationnelle, révélatrice de carences, de frustrations et de souffrances anciennes de l'enfant. Les éducateurs se sentent alors débordés ou dévalorisés et ont recours aux services des urgences.

Ces agitations bruyantes ne doivent pas faire oublier les "urgences silencieuses".

### Démarche diagnostique

Au tout début de la prise en charge, il convient d'observer attentivement, d'écouter, d'apprécier le type de troubles, l'humeur, l'affectivité, le degré de lucidité, d'attention, les interactions avec l'entourage, l'existence d'un éventuel vécu délirant ou de phénomènes hallucinatoires. Cette première approche, rapide et concise, permet de définir l'existence ou non de critères d'urgence et de gravité.

Chez l'enfant, une règle d'or reste toujours valable, celle qui consiste à "toujours éliminer une cause organique avant d'envisager une étiologie psychologique" ! Et le contexte social et/ou les antécédents psychiatriques ne doivent pas éluder l'examen somatique et toute l'attention qui doit être portée au corps. Il importe de ne jamais se fixer sur une situation sociale précaire ou sur une cause psychiatrique déjà connue.

Mais simultanément, nous pourrions avancer une autre règle, celle de "toujours éliminer une cause psychologique avant d'envisager une cause organique" !

Voire même, pour aller plus loin, penser que le clivage entre le somatique et le psychique, s'il est un moyen d'aborder la clinique (particulièrement en urgence), ne doit pas nous empêcher de considérer le jeune dans son entier, dans sa globalité. Nous rappeler que le jeune admis aux urgences pédiatriques doit toujours être pris en compte dans son ensemble. Et que notre attention et notre pensée ne doivent pas être séparées.

Le pédiatre et la puéricultrice ne doivent pas "se désintéresser" du jeune patient présentant des troubles psychologiques et le pédopsychiatre ne doit pas "occulter" le jeune patient présentant une pathologie somatique. En somme, un diagnostic psychiatrique chez un enfant n'est pas un diagnostic d'élimination ! Sinon, le risque est grand de tomber dans les pièges que l'urgence nous tend.

Le jeune (im)patient, même agité, est très sensible à l'intérêt et à l'attention qu'on lui porte. Il est aussi très attentif aux effets qu'il produit sur son entourage. Aux passages à l'acte posés par l'enfant, il convient de ne pas répondre par des passages à l'acte. Autrement dit, il faut éviter le "jeu de la patate chaude" avec le jeune dont "personne ne veut". Un jeune agité est un jeune en détresse.

### Pièges somatiques

L'agitation est souvent présentée comme un piège diagnostique. L'élimination d'une étiologie somatique et toxique doit être une préoccupation constante. L'analyse clinique fine ainsi que l'interprétation du contexte et des antécédents permettront d'éviter les erreurs diagnostiques. Le piège, chez l'enfant, est de se fixer uniquement sur les situations sociales et psychologiques. On ne doit pas perdre l'intérêt de l'accueil médicochirurgical : garder les réflexes de l'examen clinique complet et l'évaluation des constantes. La méfiance d'une étiologie somatique sera renforcée devant :

- certaines présentations cliniques : formes délirantes ou confuses,
- le jeune âge de l'enfant,
- l'existence d'une hyperthermie,
- le contexte traumatique,
- l'absence de contexte psychosocial antérieur,
- l'existence d'anomalie de l'examen somatique.

Nombre de "situations somatiques" peuvent s'accompagner d'agitation incontrôlable et parfois de violence.

◆ **Les affections neurologiques** : les hémorragies méningées d'origine vasculaire ou traumatique, les tumeurs cérébrales, en particulier frontales (rares chez l'enfant), l'hypertension intracrânienne ; également les encéphalites et certaines formes d'épilepsie.

◆ **Les troubles métaboliques** : les hypoglycémies ont des manifestations psychologiques variées, en particulier des troubles aigus du comportement ; l'hypernatrémie peut également s'accompagner d'agitation.

◆ **L'hyperthermie et la douleur intense** peuvent aussi s'accompagner de violence ou d'agitation mais ne posent en règle générale pas de problème diagnostique. Il convient cependant d'être vigilant sur la reconnaissance de signes douloureux chez l'enfant privé de langage par handicap.

◆ **Beaucoup de médicaments** peuvent entraîner agitation et parfois violence chez l'enfant. Il peut s'agir d'intoxications massives ou plus souvent de susceptibilité individuelle : psychotropes (antidépresseurs, benzodiazépines), antiépileptiques, neuroleptiques, antibiotiques (pénicillines à doses toxiques, quinolones), théophylline, salbutamol, corticoïdes.

◆ **L'hypertension artérielle**, par le biais de l'œdème cérébral.

◆ **Certaines affections "malformatives"** peuvent s'accompagner de phases d'agitation et de violence : syndrome de Smith-Magenis, syndrome d'alcoolisme fœtal. Les toxiques non médicamenteux sont à l'origine de troubles du comportement aigus.

◆ **L'alcool** entraîne une désinhibition et une agitation parfois violente. La mise en danger de l'enfant ou plus souvent de l'adolescent expose à des accidents importants.

L'association à une hypoglycémie est possible mais rarement observée. Il s'agit du premier facteur toxique retrouvé chez les adolescents violents.

◆ **Les stupéfiants** : beaucoup peuvent entraîner des accès d'agitation. L'utilisation de solvants est possible chez le jeune enfant. LSD et cocaïne entraînent des accès agressifs chez l'adolescent. Les phases de sevrage mais aussi les mélanges de substances peuvent s'accompagner de confusions et d'agitation.

◆ **L'intoxication à l'oxyde de carbone.**

### Pièges psychiatriques

Quels sont les principaux pièges devant une agitation chez l'enfant et l'adolescent ?

◆ **L'agitation, souvent associée à l'agressivité** du jeune présentant un état dépressif et où l'on s'attendrait plutôt à voir un effondrement, un ralentissement, un repli. Plus l'enfant est jeune, plus la dépression peut se présenter sous la forme d'un état d'agitation, parfois pseudomaniaque (contradépressif) avec une instabilité et une fluctuation de l'humeur. L'agitation peut être le signe d'une dépression.

◆ **L'agitation, dans un contexte de carences éducatives** plus ou moins connues, avec des troubles de conduite repérés (parfois par le juge, les services de l'ASE). Dans tous les services d'urgences pédiatriques, il existe une forte augmentation des demandes qui émanent du champ social et du milieu éducatif. Les pédiatres et les pédopsychiatres sont légitimement sollicités. Cependant, le sanitaire n'a pas à répondre du social et il ne faudrait pas répondre par des propositions exclusivement médicales et psychiatriques à des demandes et des situations pour partie d'un autre ordre. C'est par exemple le danger de l'amalgame, souvent fait aux urgences, entre la demande d'une intervention psychiatrique et la demande d'un retrait du jeune de son milieu ordinaire (foyer), pour des raisons socio-éducatives.

Trop d'intervenants des secteurs social et judiciaire ont recours aux services d'urgence pour se soulager d'une situation difficile avec un jeune.

Simultanément, dans certaines situations de carences éducatives et de précarité sociale, il existe une véritable souffrance psychique sous-jacente, qui peut passer inaperçue, si l'on n'y prend garde. L'entre-deux est parfois bien difficile à définir.

◆ **L'agitation et l'angoisse repérées dans un contexte de passage à l'acte suicidaire**, non révélé par le jeune (voire même par ses parents), parce que les conséquences du passage à l'acte sont minimales (blessure superficielle ou dose médicamenteuse absorbée très faible, non toxique) ; ou parce que les parents ne souhaitent pas aborder les conflits et difficultés ; ou encore parce qu'il est insupportable de penser que son enfant puisse souffrir psychologiquement. Les risques de banalisation et de minimisation sont grands et le danger d'une récurrence est donc imminent.

◆ **L'agitation et la prise de drogues** (alcool, produits et drogues illicites) non révélée par le jeune adolescent qui a peur des conséquences éducatives, judiciaires, parentales de sa prise de toxiques. La

recherche de toxiques doit être systématique devant toute agitation douteuse, même chez l'enfant.

◆ **L'agitation et la maltraitance**, voire les sévices (sexuels ou non), masqués et indicibles, occultés et impensables, tant par le jeune que par son entourage, et qui passent alors inaperçus. Ils amènent parfois le jeune à être admis aux urgences plusieurs fois de suite, pour des motifs variés (accidents à répétition, somatisations multiples).

◆ **L'agitation et les manifestations réactionnelles** (séparation, contexte d'adoption), les troubles du caractère (intolérance à la frustration) et pathologies névrotiques (phobiques, obsessionnelles), apaisées très souvent aux urgences et donc faussement rassurantes. La crise passée, le jeune souhaite souvent partir, peut-être parfois trop rapidement.

◆ **Les états d'angoisse aiguë, les troubles de l'adaptation.** Les troubles psychologiques de type angoisse aiguë (organisée ou non) telle les phobies (notamment scolaire), les états de panique, les manifestations réactionnelles et les conversions (toujours difficiles à évaluer en urgence), sont parmi les plus fréquents. La demande est souvent une demande de protection et de réassurance. Dans un deuxième temps, la prise en charge psychologique est mise en place, lorsque nécessaire.

◆ **Les répercussions psychologiques aiguës de maladies** somatiques chroniques d'enfants bien connus des services de pédiatrie. En effet, certains enfants malades chroniques (diabète, mucoviscidose, leucémie, greffe rénale) peuvent présenter des signes de souffrance psychique plus ou moins patents. Si, pendant un temps, passivité et inhibition ont pu masquer leurs difficultés, il peut arriver que leur souffrance se déclare brutalement et massivement avec mise en danger, non-observance d'un traitement, passage à l'acte et opposition qui peuvent déstabiliser l'entourage.

◆ **L'agitation et les troubles de la personnalité** associés ou non à des processus psychotiques, inconnus jusqu'alors et plus ou moins minimisés voire déniés par l'entourage : crise clastique, bouffée délirante aiguë, angoisse et panique envahissantes, toutes mises sur le compte de la crise d'adolescence.

◆ **L'agitation et l'épisode confusionnel** chez un adolescent connu pour des troubles psychologiques et mis sur le compte de sa pathologie psychiatrique ; alors qu'il peut tout à fait démarrer un diabète ou une autre pathologie somatique chronique.

Ces quelques situations d'urgence ne sont pas exhaustives. Elles veulent simplement rappeler que les pièges tendus aux urgences sont multiples. Des réponses précoces, rapides, simples et crédibles sont nécessaires. Elles doivent s'inscrire dans la continuité des soins et dans un dispositif pensé, fonctionnel, qui évitent les courts-circuits et les raccourcis si fréquents dans le temps de l'urgence. Il y a danger à répondre aux passages à l'acte des adolescents par des passages à l'acte des soignants.

L'agitation chez l'enfant et l'adolescent est le plus souvent relationnelle, c'est-à-dire dépendant de l'attitude de l'entourage. Or, l'agitation induit toujours des sentiments de dangerosité et d'angoisse chez l'entourage (lesquels, en retour, peuvent majorer l'agitation du jeune). Pour autant, tant qu'il y a de l'agitation, c'est qu'il y a de la vie et donc de l'espoir !

Ainsi, il s'agit de viser un apaisement, non un silence, d'aller vers une liberté, non une contention, d'établir un projet de soin, non une anesthésie. L'agitation est toujours le signe d'une détresse qu'il s'agit de décoder. La formation des équipes est donc indispensable.

### Aspects thérapeutiques

Prise en charge non médicamenteuse, contention physique, thérapeutiques médicamenteuses, hospitalisation et suivi des soins sont autant de réponses thérapeutiques, pédiatriques et pédopsychiatriques à une situation d'agitation d'un enfant et d'un adolescent.

### Prise en charge non médicamenteuse

Lors de l'admission, il importe de se présenter et de personnaliser l'accueil. Le cadre, ainsi que le déroulement de l'entretien et de l'examen sont expliqués. Les attitudes de soutien et de protection rassurent ; elles permettent de contenir sans détenir.

Parfois, c'est la surprise (proposer un repas, regarder la télévision) qui permet de détendre et d'apaiser le jeune, de le rassurer. Apaiser et contenir est souvent possible chez l'enfant sans recours médicamenteux. La place et le rôle de la puéricultrice sont ici primordiaux. Le changement de contexte et de lieu, l'offre d'une disponibilité, mais aussi l'institution elle-même et un cadre suffisamment contenant ont souvent un

effet apaisant. La question du temps est importante : il y a urgence à prendre le temps nécessaire à la mise en place d'un cadre permettant l'élaboration psychique. Offrir ce temps, c'est proposer ce que l'on n'a pas (du temps).

Les parents et accompagnants sont également accueillis, pris en charge et le plus souvent associés à la démarche d'accueil. Parfois, il convient néanmoins d'instituer une séparation ponctuelle, provisoire, apaisante.

L'examen somatique pédiatrique rassure et le passage par le corps permet souvent un apaisement. Tout enfant admis dans un service d'urgence pour des raisons psychologiques ou psychiatriques doit bénéficier d'un examen clinique somatique pédiatrique.

L'accueil pédopsychiatrique permet de proposer un accueil spécialisé et, quand il est possible, un entretien psychologique précoce qui accompagne la démarche somatique.

Tout est fait pour ne pas reproduire de discontinuité au cours du passage hospitalier. Pour certains enfants très agités et certains grands adolescents de 16 à 18 ans, nous soulignons l'intérêt d'un "sas". En effet, entre une hospitalisation précipitée et inadaptée en pédiatrie et une hospitalisation inadéquate en psychiatrie (enfant ou adulte), on peut proposer un entre-deux temporaire, une unité d'accueil d'urgence composée d'un à trois lits d'urgence (selon les hôpitaux). Ce sas permet un accueil adapté, un apaisement (en quelques heures voire un ou deux jours le plus souvent), une évaluation psychopathologique et une orientation pensée avec un projet de soins adapté pour chaque adolescent admis en urgence. Cette unité d'urgence doit faire l'objet d'un travail partagé et nécessite donc de formaliser des liens forts entre institutions, des collaborations fortes entre pédiatrie et psychiatrie et entre secteurs de psychiatrie, enfant et adulte (conventions). Cette organisation permet d'éviter de reposer les éternelles questions des limites d'âges (entre 15 et 18 ans) et des limites géographiques des secteurs.

### Contention physique

Elle est rarement utilisée, sauf parfois devant l'agitation extrême, et nécessite d'être suffisamment nombreux. La contention effectuée, la situation demeure une urgence. Cela impose de rester près de l'enfant et d'instituer une surveillance constante.

### Thérapeutiques médicamenteuses

Elles ne concernent que les enfants de plus de 6 ans. Non systématiques, ces thérapeutiques sont utilisées dans les situations d'agitation incoercible ou, plus rarement, pour prolonger une période de calme. À ce jour, aucune thérapeutique médicamenteuse n'a fait l'objet d'études contrôlées dans l'agitation aiguë de l'enfant et de l'adolescent. La prescription est une première étape pour pouvoir de nouveau entrer en communication avec l'enfant.



© BSIP/SGO

Il n'existe pas de sédatif idéal ni de protocole standardisé. Deux familles thérapeutiques sont utilisées : les diazépines et les neuroleptiques.

Concernant les diazépines, le midazolam (Hypnovel®) et le diazépam (Valium®) sont les plus utilisés chez l'enfant, par voie orale (solution buvable) ou exceptionnellement nasale. Une surveillance rapprochée est indispensable. Des effets paradoxaux sont décrits chez l'enfant.

Les neuroleptiques sédatifs sont souvent préférés aux benzodiazépines. La cyamémazine (Tercian®) est administrée par voie orale (solution buvable : 0.5 à 1 mg/kg) et si nécessaire par voie intramusculaire (25 mg soit 1/2 ampoule). D'autres neuroleptiques sont employés chez les adolescents de plus de 15 ans, telle la loxapine (Loxapac®, par voie intramusculaire, à la même posologie (25 mg soit une demie ampoule). Chaque prescription s'entoure d'une surveillance régulière (pouls, tension artérielle, température, conscience). Les effets secondaires sont semblables à ceux de l'adulte, avec des effets extrapyramidaux plus fréquents.

Après la phase aiguë, les relais doivent être sollicités afin d'assurer une continuité des soins (sans rupture). Parallèlement, les parents sont pris en charge.

### Place de l'hospitalisation

Elle ne doit pas être improvisée et doit, dès le départ, s'intégrer dans un projet de soins. Cette hospitalisation est décidée avec les deux parents.

Exceptionnelle chez le tout petit (sauf circonstances de maltraitance ou de défaillance grave des parents), elle n'est pas rare chez l'enfant plus grand. Elle peut permettre de sortir l'enfant de son milieu habituel, source de tensions. À elle seule, elle apaise enfant et parents et permet de mettre (ou remettre) en place des soins psychiques.

Le lieu de l'hospitalisation n'est pas neutre ni anodin. Ce lieu d'hospitalisation est discuté en fonction du trouble aigu présenté et des capacités d'accueil locales. S'il s'agit d'un service de pédiatrie, celui-ci doit être particulièrement adapté et le personnel soignant sensibilisé et formé aux pathologies psychiatriques infantiles. S'il s'agit d'une hospitalisation en pédopsychiatrie, elle doit être pensée et pesée ; il n'est pas anodin, pour un enfant, de se retrouver en urgence et en hospitalisation complète dans un service de pédopsychiatrie. D'autre part, l'hospitalisation ne doit pas être une solution par défaut, notamment lorsque plus aucun lieu de vie n'accepte d'accueillir un enfant, devenu indésirable (foyers de l'enfance débordés, structures médico-sociales épuisées). Enfin, aucune sortie, même temporaire, n'est accordée sans l'avis des parents (ou représentants légaux).

Certaines hospitalisations peuvent être évitées. Il est alors proposé des « *soins intensifs psychiques ambulatoires* », c'est-à-dire une ou plusieurs consultation(s) pédopsychiatrique(s) quotidienne(s), jusqu'à ce que la

situation de crise s'apaise. Ce cadre peut être proposé lorsque l'évaluation psychopathologique est bonne, que le lieu de vie de l'enfant est suffisamment contenant et que l'alliance thérapeutique est perçue comme étant suffisamment solide.

### Suivi et continuité des soins

Après la phase aiguë, les relais doivent être sollicités afin d'assurer une continuité des soins, sans aucune rupture. Parallèlement, les parents sont impliqués, accompagnés. Le réseau de soins ne s'improvise pas dans l'urgence. En fonction de l'histoire locale, des moyens et des liens institutionnels existants, un travail de réseau, quotidien, permet de mieux se connaître entre professionnels et de porter ces situations d'urgence à plusieurs.

Au-delà du travail partagé, il semble nécessaire de formaliser des liens forts entre institutions (conventions), des collaborations fortes entre pédiatrie et psychiatrie et entre secteurs de psychiatrie, enfant et adulte.

Des liens forts avec le réseau médico-social doivent exister entre les services d'urgence et le réseau médico-social. Les assistantes sociales des services d'urgence assurent la "courroie de transmission" entre le secteur sanitaire et les partenaires du champ médico-social. Enfin, un travail de formation auprès des soignants des services d'urgences a montré tout son intérêt sur le long terme. De même, il importe de reprendre à distance le déroulement de ces prises en charge souvent angoissantes et chargées d'émotions.

**Philippe Duverger, Arouna Togora,  
Guillaume Avarello, Katell Faure,**  
*service de pédopsychiatrie,  
CHU d'Angers (49)*

**Georges Picherot,**  
*urgences pédiatriques,  
CHU de Nantes (44)*

### Références

- ANAES. Conférence de Consensus. L'agitation en urgence (petit enfant excepté). ANAES 2003 ; 16 : 58-64.
- Alvin P, Marcelli D. L'adolescent et la violence : l'adolescent acteur de violence. Médecine de l'adolescent. Masson, 2000 ; 260-261.
- Duverger P, Champion G, Malka J. Les urgences pédopsychiatriques aux urgences pédiatriques. *Revue Française de Psych. et Psychol. Méd.* 2000 ; 40 : 19-22.
- Duverger P. Urgences psychiatriques. Spécificités chez l'enfant. Masson, 2007. À paraître.
- Duverger P, Picherot G, Champion G, Dreno L. Turbulences aux urgences pédiatriques. Agitation de l'enfant et de l'adolescent. *Archives de Pédiatrie* 2006 ; 13 : 811-824.
- Mouren Simeoni MC. Traitement chimiothérapeutique de l'agressivité chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsych. de l'Enfance et de l'Adolescence* 2002 ; 50 : 500-504.
- Vidailhet C. Conduite pratique devant un enfant agité. *Revue du Prat. Médecine générale* 1997 ; 11 : 21-24.