

LES URGENCES PSYCHIATRIQUES **« Particularités liées à l'âge : l'enfant »**

Pr. Philippe DUVERGER

Une inflation galopante. 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 à cette évolution : véritable entonnoir de la souffrance, les admissions pédopsychiatriques et psychosociales y sont de plus en plus nombreuses (1, 8). Signe des temps, symptôme d'une société, le recours à l'urgence est de plus en plus fréquent ; les demandes émanent des médecins, des familles et de certaines institutions (A.S.E., I.M.E., Education Nationale, foyers...).

Des spécificités propres à l'enfant sont très importantes à considérer, notamment dans le cadre de l'urgence :

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, 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 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 situations de crise et particulièrement dans le temps de l'urgence, les parents sont parfois court-circuités, voire disqualifiés... Il apparaît indispensable de lutter contre les phénomènes induits de confusion-accelération ou contraction sous tendus par la dimension pulsionnelle de la situation de crise, l'angoisse (transmise ou projetée) contaminante, la déliaison, le télescopage d'éléments biographiques dans des histoires désorganisées. L'admission d'un enfant aux urgences pédiatriques ne doit pas être un lâchage, un abandon.

Les parents ou représentants légaux (tuteurs, référents ASE...) seront toujours avertis des traitements entrepris. Parfois, leur intervention est indispensable (transfert en milieu spécialisé...). Enfin, dans d'autres circonstances, un traitement mal ou non expliqué peut amener à des ruptures de soins intempestives.

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, 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.

Continuité des soins - Lieu de séparation.

L'admission en urgence d'un enfant pour un trouble psychique pose parfois la question d'une discontinuité de prise en charge psychologique. L'accueil aux urgences visera alors à rétablir une continuité, des liens, une cohérence.

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 (9). Mais séparation n'est pas lâchage.

La question des chimiothérapies psychotropes chez l'enfant.

Il n'existe pas de protocoles médicamenteux standardisés chez l'enfant et peu de psychotropes ont l'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 (11).

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 en danger et maltraité.

Définition de la population

Dans la population d'enfants admis aux urgences pédiatriques pour troubles psychologiques ou psychiatriques, il est noté une prépondérance :

- Des urgences psychosociales avec une surreprésentation d'enfants placés dans les institutions (foyers...) du fait de carences multiples.
- Des urgences médico-légales : situations de maltraitance avec les risques de multiplication des démarches, médico-légales, judiciaires, sociales, psychologiques.
- Des urgences psychologiques et psychiatriques et particulièrement les troubles anxieux et troubles de l'adaptation.

Mais ce n'est pas tant l'augmentation du nombre d'admissions d'enfants pour troubles psychiatriques qui pose problème que l'impact émotionnel, les violences ressenties – réelles ou fantasmatiques - qu'ils suscitent. Manque de temps, formation insuffisante et situations complexes font que les équipes des services d'urgences pédiatriques sont vite envahies et débordées par la souffrance psychique d'un enfant et/ou celle des parents.

Modes d'arrivée

L'enfant est admis en urgence dans différents types de situations (10) :

- Urgences pédopsychiatriques classiques avec leur caractère aigu et grave, les troubles massifs, la notion de danger et/ou l'imminence de complications. Ces états pathologiques aigus ou urgences « vraies » impliquent une réponse rapide, voire immédiate.
- Urgences « ressenties » par l'enfant lui-même ou plus fréquemment par son entourage proche, ses parents. Les demandes font alors urgence dans la mesure où elles touchent l'enfant et qu'elles sont affaire d'Amour, de Haine, de Mort... Parfois d'Horreur...

Il s'agit d'urgences subjectives pour lesquelles la demande est pressante d'une écoute et d'un avis très rapides, du fait de la souffrance ou d'une inquiétude. Ce ne sont pas de fausses urgences. La situation de détresse y est toujours vraie puisque ressentie et exprimée comme telle par l'enfant et/ou

- les parents Elle engage une action à entreprendre même si elle consiste à différer la réponse ; la notion d' « urgence différée » prend ici toute sa valeur.
- Urgences silencieuses. L'urgence pédopsychiatrique n'est pas toujours bruyante et tapageuse. Certaines détresses de l'enfant peuvent se dissimuler derrière des symptômes d'allure somatique. La présence d'un pédopsychiatre aux urgences pédiatriques permet de dépister ces urgences psychologiques silencieuses qui passent parfois inaperçues aux yeux du pédiatre, de l'urgentiste ou du médecin traitant.

Conduite de l'examen

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. 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 a pas (du temps) (4).

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 quant il est possible, un entretien psychologique précoce qui accompagne la démarche somatique (5, 6).

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 (7).

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, 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 clivées... Bref, un diagnostic psychiatrique chez

un enfant n'est pas un diagnostic d'élimination ! Sinon, nous risquons de tomber dans les pièges que l'urgence nous tend (3).

Diverses cliniques, associations de pathologies et diagnostics multiples

Sans viser l'exhaustivité, nous évoquons les principales situations d'urgences pouvant amener à voir un enfant en urgence. Toutes ces situations évoquées nécessitent un avis spécialisé psychiatrique.

- **Le bébé : troubles aigus des interactions précoces.**

La plupart du temps, c'est le médecin somaticien (médecin de ville ou pédiatre de garde) qui appelle en urgence pour des situations de crise où les parents, excédés, nous livrent parfois leur bébé afin d'éviter un passage à l'acte agressif. Angoisses parentales, épuisement, apparente attitude de rejet, agressivité mêlée à une certaine culpabilité sont tangibles. Parfois, ce sont les troubles présentés par le bébé qui alertent sur les difficultés parentales : troubles du sommeil, troubles alimentaires, troubles des interactions précoces.

Ce repérage d'éventuelles difficultés de parentalité révélées par une situation de crise est important. Il permet de mettre en place des soins psychiques intensifs. Il y a là urgence à entendre, à repérer et urgence à prendre le temps afin de respecter l'élaboration psychique de chacun et de mettre en place un dispositif rassurant.

- **Les situations de conflits intra familiaux.**

Ces situations sont souvent révélées par des troubles du comportement aigus à type d'agitation et d'agressivité, voire de violence. Il s'agit parfois d'enfants hyperactifs, instables, qui ont du mal à trouver leur place. Lorsque les conflits sont majeurs, lorsque les capacités contenantes de l'entourage sont dépassées, les parents, souvent épuisés, confient leur enfant au service d'urgence.

L'agitation chez l'enfant et l'adolescent est le plus souvent relationnelle, c'est-à-dire dépendante 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 le psychiatre, tant qu'il y a de l'agitation, c'est qu'il y a de la vie et donc de l'espoir !

La question de la séparation se pose pour ces enfants. Mais là encore, séparation ne signifie pas lâchage. L'urgence est de viser un apaisement, non un silence... Une liberté, non une contention... Un projet de soins, non une anesthésie... L'agitation est toujours le signe d'une détresse qu'il s'agit de décoder. Dans ces situations, il peut être très intéressant de voir l'enfant seul, même petit, avant de refaire le point avec l'entourage.

- **Situations d'urgence médico-sociale.**

De nombreux enfants connus des services sociaux, peuvent, à un moment ou à un autre, être admis aux urgences. Souvent placés en institution, ces enfants, au vécu de ruptures affectives successives et dans un contexte de **carences éducatives** plus ou moins connues, présentent des troubles des conduites repérées (par les parents eux-mêmes, parfois par le juge, ou encore par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance).

Le sanitaire n'a pas à répondre du social. Cependant, dans tous les services d'urgences pédiatriques, il existe une forte augmentation des demandes, en

urgence, émanant du champ social et du milieu éducatif. Les pédiatres et les pédopsychiatres sont légitimement sollicités... Mais il ne semble pas judicieux de 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 du secteur social et judiciaire recourent aux services d'urgence pour se soulager d'une situation difficile avec un jeune.

Dans ces situations complexes qui sollicitent une multitude d'intervenants, l'enfant peut être pris dans plusieurs logiques : parentales, judiciaires, éducatives, médicales, psychologiques, sociales, scolaires... L'urgence arrive souvent comme l'évolution d'une crise méconnue qui n'a pas eu les réponses appropriées. Ce temps de l'urgence peut être l'occasion de relancer des processus de pensées, des rencontres entre soignants, un cadre approprié, un projet de soins.

- **Situations de sévices et de maltraitance, sexuelle ou non.**

De plus en plus fréquentes, ces situations médicolécales et psychologiques nécessitent parfois des prises en charge en urgence. La prise en charge ne doit pas être improvisée ; elle se doit d'être cohérente, adaptée, pensée à plusieurs et organisée avec les différents intervenants. La législation (modalités de signalement...) doit être connue (12). Certaines maltraitances peuvent passer inaperçues parce qu'indicibles, impensables ou occultées. Il faut savoir y penser devant un jeune admis aux urgences à plusieurs reprises, pour des motifs variés (accidents à répétition, somatisations multiples...).

- **Les états de « stress post traumatique ».**

Certains enfants sont victimes ou témoins d'un drame aigu ou bien encore auteur ou rescapé (2). Au décours immédiat d'une catastrophe, l'intrusion d'un Réel rend impossible toute représentation, toute symbolisation et donc toute verbalisation. En ce sens et particulièrement chez l'enfant, il n'existe pas de demande si ce n'est celle de ne pas rester seul. Dans ce contexte, un accueil et un accompagnement psychologique de ces enfants sont à mettre en place. L'hypothèse est qu'une intervention précoce, si elle peut réduire la fréquence et la gravité des réactions initiales, peut aussi prévenir des complications psychologiques ultérieures et durables.

- **Les états dépressifs.**

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

Dans d'autres cas, ce sont le retrait, l'isolement, la perte du rire et du jeu, les troubles du sommeil et de l'appétit qui devront alerter. Il y a urgence à reconnaître la souffrance dépressive de l'enfant, sans attendre la plainte verbalisée d'une tristesse.

Les tentatives de suicide sont rares mais souvent graves. Les passages à l'acte sont souvent imprévisibles et violents, non mentalisés, non prémédités.

- **Les états d'anxiété aiguë, les troubles de l'adaptation.**

Les troubles psychologiques de type anxiété aiguë (organisée ou non) telle les phobies (notamment scolaire), les états de panique, les manifestations réactionnelles (séparation, contexte d'adoption...) 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.**

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, opposition... qui peuvent déstabiliser l'entourage.

- **Les états clastiques de psychose infantile, d'autisme et autres TED.**

Plus fréquents dans les unités de soins spécialisés, les états psychotiques aigus de l'enfant, les crises d'agitation clastique sont des urgences psychiatriques nécessitant une équipe spécialisée.

Pertinence de la recherche étiologique en urgence

Devant toute urgence chez l'enfant, il faut éliminer une étiologie somatique et toxique. L'analyse clinique fine ainsi que l'interprétation du contexte et des antécédents permettront d'éviter des erreurs diagnostiques. Examen clinique complet et évaluation des constantes sont systématiques (11,13). Au moindre doute, un bilan biologique standard est prescrit et une surveillance est instituée, en milieu médical.

Recherches auprès de l'entourage

L'urgence correspond à la nécessité d'agir vite... Mais qui définit le caractère urgent ? La famille, les parents, le médecin, l'école, la société ? La demande vient exceptionnellement de l'enfant. Il est conduit aux urgences parce qu'il inquiète, souffre ou dérange.

Toute prise en charge en urgence d'un enfant s'accompagnera d'une analyse de la demande et d'une description des raisons et motivations ayant conduit le jeune aux urgences. Les parents sont des partenaires à part entière. Les sollicitations auprès des référents, tuteurs éventuels, médecins de famille ou soignants sont indispensables pour comprendre ce qui se joue et pour mieux répondre à la situation.

Conduites à tenir en urgence, et au-delà

- *L'accueil de l'enfant*

L'accueil est personnalisé. Au mieux, il se déroule dans un espace calme et rassurant. 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 la souffrance psychique. Parfois, c'est la surprise (proposer un repas, regarder la télévision...) qui permet de détendre

et d'apaiser le jeune et de le rassurer. De la qualité de la relation établie avec l'enfant dépend la suite de la prise en charge. Cette relation de confiance permet en effet d'apaiser et d'évoquer les conditions de survenue des troubles.

Les parents et accompagnants sont également pris en charge et souvent associés à la démarche d'accueil. Parfois, il convient néanmoins d'instituer une séparation ponctuelle, provisoire. Elle est alors explicitée aux parents.

Dans le meilleur des cas, une présence pédopsychiatrique (infirmière et/ou médicale) aux urgences pédiatriques permet de proposer un accueil spécialisé et quant il est possible, un entretien psychologique précoce qui accompagne la démarche somatique (5).

- *La place de la chimiothérapie chez l'enfant*

Certaines règles de prescription sont spécifiques à l'enfant.

La prescription de psychotropes ne concerne que les enfants de plus de 6 ans et toute prescription sera prudente et adaptée (à l'âge et au poids). Non systématiques, ces thérapeutiques ne sont utilisées qu'en cas d'échec d'une approche psychologique telles que certaines situations d'agitation incoercible. A ce jour, « aucune thérapeutique médicamenteuse n'a fait l'objet d'études contrôlées dans l'agitation aiguë de l'enfant et de l'adolescent » (11). La prescription est une première étape pour pouvoir de nouveau entrer en communication avec l'enfant. Après la prescription, il importe de rester auprès de l'enfant.

- *La résolution immédiate*

Une prescription médicamenteuse est parfois indispensable afin d'obtenir une résolution immédiate. C'est le cas devant les tableaux cliniques suivants :

o Etats d'agitation incoercible (11,13)

Il n'existe pas de sédatif idéal ni de protocole standardisé. Il faut toujours préférer (si possible) la voie orale. Il importe de rester près de l'enfant jusqu'à l'apaisement.

Deux familles thérapeutiques sont utilisées : les diazépines et les neuroleptiques.

Concernant les diazépines, le midazolam (Hypnovel®) et le diazépam (Valium® : 0,5 mg/kg) sont les plus utilisés chez l'enfant, par voie orale (solution buvable) ou exceptionnellement nasale. Une surveillance rapprochée est indispensable. Des effets paradoxaux (à type d'excitation) 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 intra musculaire (25 mg soit ½ ampoule). Les autres neuroleptiques sont employés chez les adolescents de plus de 15 ans telle la loxapine (Loxapac®), par voie intra musculaire, à la même posologie (25 mg soit ½ 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 extra pyramidaux plus fréquents chez l'enfant.

o Etats d'angoisse aiguë

Lorsqu'il est nécessaire, le traitement psychotrope est symptomatique et fait appel à une molécule anxiolytique connue tel le diazépam (Valium® : 0,5 mg/kg) ou le chlorazépatate (Tranxène® 5 mg : 1 à 2 gélules). La voie orale est toujours préférée. Ce traitement est toujours ponctuel.

o Etats dépressifs aigus

Aucun traitement antidépresseur n'est prescrit en urgence.

o Etats délirants aigus

L'état délirant est exceptionnel chez l'enfant. Le plus souvent, il s'agit d'un épisode d'agitation clastique dans le cadre d'un état autistique ou psychotique connu. Un neuroleptique sédatif est prescrit, telle la cyamémazine (Tercian®), administrée par voie orale (solution buvable : 0.5 à 1 mg/kg) ou si nécessaire par voie intra musculaire (25 mg soit ½ ampoule).

- *La contention*

Elle est rarement utilisée (sauf parfois chez certains grands enfants) et nécessitent 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.

- *La 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 graves 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. A 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 (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 suffisamment solide.

- *Le suivi – La continuité des soins*

Après la phase aiguë, les relais doivent être sollicités afin d'assurer une continuité des soins (sans 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.

- *Le réseau médico-social*

Des liens forts 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 partenaire du champ médico-social.

Enfin, un travail de formation auprès des soignants des services d'urgences a montré tout son intérêt, au long cours. De même, il importe reprendre à distance le déroulement de ces prises en charge souvent angoissantes et chargées d'émotions.

Bibliographie :

- 1 - Duverger P, Champion G, Malka J Les urgences pédopsychiatriques à l'urgence pédiatrique. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 2000, 40, 19-22.
- 2 - Duverger P, Laurent B, Gohier B, Garré JB Accueil et prise en charge d'enfants témoins de la mort violente, par suicide, de leurs parents. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 2000, 4, 53-57.
- 3 - Duverger P, Picherot G, Champion G, Dreno L Turbulences aux urgences pédiatriques – Agitation de l'enfant et de l'adolescent. *Archives de Pédiatrie*, 2006, à paraître.
- 4 - Malka J, Duverger P, Gohier B, Delhumeau J La gestion de l'urgence dans une unité de consultation pédopsychiatrique à l'hôpital. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 1999, 24, 156-158.
- 5 - Gohier B, Duverger P, Malka J Place et fonction du pédopsychiatre face à l'urgence de l'enfant. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 1999, 24, 153-155.
- 6 - Kabuth B, Sibril V, Le Duigou N, Vigneron-Cavare S, Monin P, Schmitt M, Vidailhet C Y a-t-il une psychiatrie de liaison possible aux urgences pédiatriques. *Pédopsychiatrie de liaison*, Doin, 2005, 5, 43-54.
- 7 - Garré JB, Lhuillier JP, Duverger P, Bourrier P, Urgences psychiatriques in Thérapeutique psychiatrique, Hermann, 1995, 919-953.
- 8 - Jeandidier B Les urgences détournées. *Enfances et Psy*, 1999, 7, 64-68.
- 9 - Desombre H, Malvy J, Wiss M La pédopsychiatrie de liaison – Organisation et missions. Les urgences, Masson, 2004, 3, 43-50.
- 10 - Lataste C, Malvy J, Perrot A, Hameury L, Sauvage D Les urgences de psychiatrie de l'enfant à l'hôpital pédiatrique. *Neuropsych. Enfance et adolescence*, 1998, 46, 1-2, 88-93.
- 11 – Picherot G Conférence de consensus. L'agitation en urgence. ANAES et JEUR, 2003, 16, 58-64.
- 12 – Conférence de consensus. Conséquences des maltraitances sexuelles. Reconnaître, soigner, prévenir. FFP / ANAES. John Libbey, Paris, 2003.
- 13 – Vidailhet C. Conduite pratique devant un enfant agité. *Revue du praticien. Médecine générale*, 1997, 11, 21-24.

Fiche pratique : Urgences psychiatriques – Spécificités chez l'enfant

Les tableaux cliniques sont parfois trompeurs et rarement francs comme chez l'adulte
Les intrications médico psychiatriques sont fréquentes
La souffrance psychique existe aussi chez le bébé
Toujours penser à d'éventuelles maltraitances, psychiques, somatiques, sexuelles
La place des parents et la question des responsabilités sont toujours à considérer
La connaissance de la législation concernant les mineurs est importante à connaître.
La chimiothérapie psychotrope doit toujours rester prudente et adaptée.

Etats d'agitation incoercible

Toujours préférer (si possible) la voie orale :

Petits enfants de moins de 6 ans : Diazépam : Valium® 1% gouttes : 0,5 mg/kg

Grand enfant de 6 à 12 ans : Cyamémazine : Tercian® gouttes : 0,5 à 1 mg/kg

Sinon voie injectable (intra musculaire):

Enfant de moins de 12 ans : à éviter.

Dans les cas exceptionnels : Cyamémazine : Tercian® (1/2 ampoule) : 25 mg.

Avec toujours surveillance : pouls, T.A., conscience, comportement

Contention à éviter

Rester auprès de l'enfant jusqu'à apaisement

Prévoir consultation pédopsychiatrique.

Etats d'angoisse aiguë

Par voie orale :

Diazépam : Valium® 1% gouttes : 0,5 mg/kg ou

Chlorazépate : Tranxène 5 mg : 1 à 2 gélules.

Eviter la voie injectable

Toujours rester auprès de l'enfant

Dédramatiser, verbaliser, rassurer

Prévoir consultation pédopsychiatrique.

Etats dépressifs aigus

Aucun traitement antidépresseur en urgence

Le traitement psychotrope en urgence reste celui de l'anxiété associée

Prévoir consultation pédopsychiatrique.

Etats délirants aigus

Par voie orale : Cyamémazine: Tercian® gouttes : 0,5 à 1 mg/kg

Par voie injectable (intra musculaire): Cyamémazine: Tercian® (1/2 ampoule) : 25 mg

Prévoir consultation pédopsychiatrique.