

# **COMMENT REPERER LES ADOLESCENTS EN DANGER PSYCHOLOGIQUE AUX URGENCES HOSPITALIERES?**

**Dr. Mario Speranza**

*Service de Psychiatrie Infanto-Juvenile  
Centre Hospitalier de Versailles  
Faculté de Médecine Paris Ile de France Ouest*



# PLAN DE LA PRESENTATION

- **Les recours des adolescents aux urgences hospitalières : épidémiologie**
- **Les adolescents entre crise et urgence**
- **Comment identifier les adolescents à risque psychopathologique et quelles indications poser ?**



# PLAN DE LA PRESENTATION

- **Les recours des adolescents aux urgences hospitalières : épidémiologie**
- Les adolescents entre crise et urgence
- Comment identifier les adolescents à risque psychopathologique et quelles indications poser ?

# Enquête AP-HP « LES ADOS AUX URGENCES »

(Alvin et al., 2002)

N° = 899	Age moyen : 15 ans	44% filles
<b>Type de service d'urgences</b>		
Médecine		31%
Chirurgie		57%
Maternité et planning		12%
<b>Urgences pédiatrie/adultes</b>		44% / 56%
<b>Horaire de consultation (21H-7H)</b>		20%
<b>Motif de l'urgence</b>		
Maladies somatiques		18%
Symptômes (fièvre, douleur, etc)		15%
Accidents		49%
- dont AVP		3.5%
Adolescents «souffrants »		5%
- dont TS		1.3%
<b>Orientation après l'urgence</b>		
Hospitalisés		13%
RDV de consultation		21%
Au domicile sans orientation		57%



# « LES ADOS AUX URGENCES » : épidémiologie (I)

## ■ Consultations somatiques

- Répétitions et décompensations de maladies chroniques
- Profil psychopathologique souvent similaire aux ados « psy »
  - Anxiété / Dépression / Idées suicidaires / Problèmes scolaires

## ■ Urgences gynécologiques

- Accès privilégié pour des jeunes en souffrance (22% planning)
- Mauvaise intégration sociale
  - 31% redoublent, 30% ne sont ni scolarisées, ni employées
- Filière oubliée ?

## ■ Accidents

- Problématique du risque à l'adolescence (58% des urgences)
- Surtout en cas de sévérité et de répétitivité (3.5% d'AVP)
  - Traits psychopathologiques d'anxiété et de dépression marqués
- Adéquation des urgences chirurgicales ?



## « LES ADOS AUX URGENCES » : épidémiologie (II)

### ■ **Problématiques psycho-comportementales (5%)**

– Tentatives de suicide	1.3%
– Crises familiales ou de l'entourage	0.3%
– Maltraitance	1.2%
– Anxiété/dépression	1.5%
– Troubles du comportement	1.0%
– Alcool/drogue	0.4%

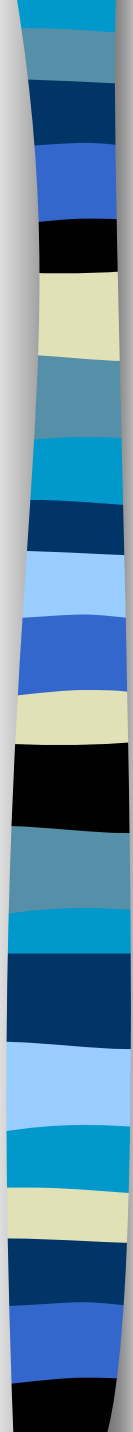
### ■ **Les souffrances externalisées se repèrent plus facilement que les souffrances internalisées**



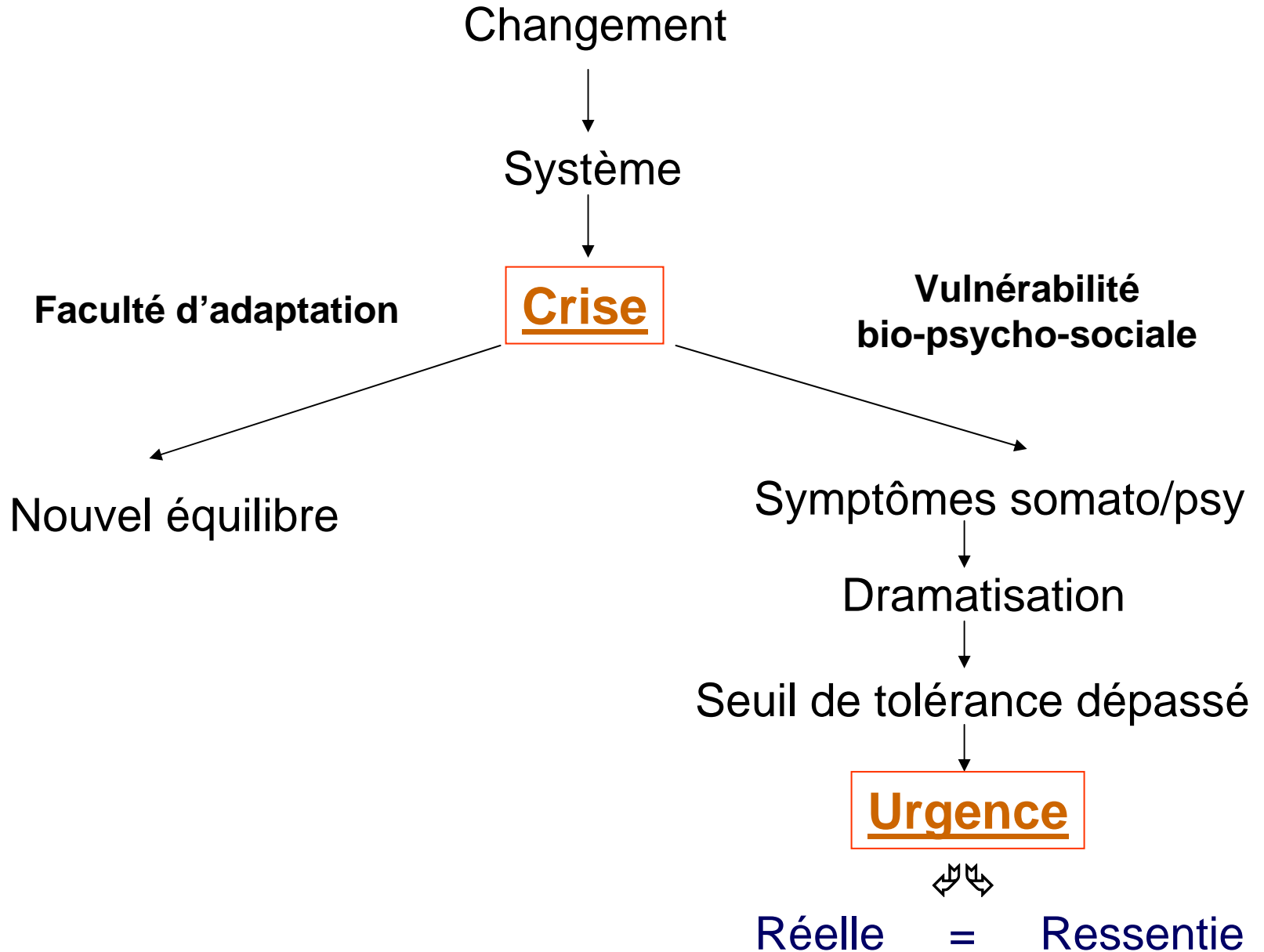
# PLAN DE LA PRESENTATION

- Les recours des adolescents aux urgences hospitalières : épidémiologie
- **Les adolescents entre crise et urgence**
- Comment identifier les adolescents à risque psychopathologique et quelles indications poser ?

危機



# DE LA CRISE A L'URGENCE





# PLAN DE LA PRESENTATION

- Les recours des adolescents aux urgences hospitalières : épidémiologie
- Les adolescents entre crise et urgence
- **Comment identifier les adolescents à risque psychopathologique et quelles indications poser ?**

# SITUATIONS D'URGENCE

## ■ Éclosion d'une psychopathologie aiguë

Troubles psychosomatiques  
Crises suicidaires  
Troubles du comportement  
Manifestations d'angoisse aiguës  
Épisodes psychotiques/thymiques aigus

## ■ Dysfonctionnement environnemental sévère

Maltraitance / violences  
Rejet / exclusion  
Passages à l'acte agis / subis

U  
r  
g  
e  
n  
c  
e  
s  
  
i  
m  
p  
r  
i  
m  
e  
n  
t  
s

➔ **Tableaux cliniques internalisés ou externalisés**

# IDENTIFICATION DES ADOS A RISQUE (I)

→ Identifier les sujets en situation de crise, surtout si leur passage aux urgences n'est pas d'emblée évocateur d'une souffrance psy

## Les questions d'ouverture : « **TSTS** »

- Traumatologie / **S**ommeil / **T**abac / **S**tress

« As-tu déjà eu des blessures ou un accident cette année? »

« As-tu des difficultés à t'endormir le soir? »

« As-tu déjà fumé? (même si tu as arrêté) »

« Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire ou par la vie de famille ou les deux? »

## IDENTIFICATION DES ADOS A RISQUE (II)

### Les indices de gravité : « **CAFARD** »

- **C**auchemars / **A**gression / **F**umeur / **A**bsentéisme / **R**essenti **D**ésagréable

« Fais-tu souvent de cauchemars ? »

« As-tu été victime d'une agression physique ? »

« Fumes-tu tous les jours au moins 5 cigarettes ? »

« Es-tu souvent absent, ou en retard à l'école ? »

« Dirais-tu que ta famille est désagréable ? »

➔ Association significative entre indices de sévérité / idées suicidaires et **situations de crise**



# 1. La crise suicidaire

# MODELISATION DE LA CRISE SUICIDAIRE



Le processus de la crise suicidaire

# ÉVALUATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE (I)

**Risque**

= Probabilité statistique de mourir dans les 2 ans : Facteurs de risque

**Urgence**

= Probabilité passage acte sous 48H : Scénario suicidaire / ressources

**Dangerosité**

= Accès et létalité des moyens suicidaires

# ÉVALUATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE (I)

## Risque

= Probabilité statistique de mourir dans les 2 ans : Facteurs de risque

- 1) Troubles psychiatriques : Dépression +++ (X30), Toxiques (X7), ATCD de TS (X10-30)
- 2) Traits de personnalité : Impulsivité,
- 3) Facteurs familiaux : pathologie parents, conflits, maltraitance (X10-20),
- 5) Événements stressants récents : deuils, problèmes scolaires (X5-10)

## Urgence

= Probabilité passage acte sous 48H : Scénario suicidaire / ressources

## Dangerosité

= Accès et létalité des moyens suicidaires

# ÉVALUATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE (I)

## Risque

= Probabilité statistique de mourir dans les 2 ans : Facteurs de risque

- 1) Troubles psychiatriques : Dépression +++ (X30), Toxiques (X7), ATCD de TS (X10-30)
- 2) Traits de personnalité : Impulsivité,
- 3) Facteurs familiaux : pathologie parents, conflits, maltraitance (X10-20),
- 5) Événements stressants récents : deuils, problèmes scolaires (X5-10)

## Urgence

= Probabilité passage acte sous 48H : Scénario suicidaire / ressources

**Faible** : pense au suicide sans scénario précis / ressources possibles

**Moyenne** : scénario envisagé mais reporté / quelques ressources

**Forte** : planification claire du passage à l'acte / absence d'alternatives

## Dangerosité

= Accès et létalité des moyens suicidaires

# ÉVALUATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE (I)

## Risque

= Probabilité statistique de mourir dans les 2 ans : Facteurs de risque

- 1) Troubles psychiatriques : Dépression +++ (X30), Toxiques (X7), ATCD de TS (X10-30)
- 2) Traits de personnalité : Impulsivité,
- 3) Facteurs familiaux : pathologie parents, conflits, maltraitance (X10-20),
- 5) Événements stressants récents : deuils, problèmes scolaires (X5-10)

## Urgence

= Probabilité passage acte sous 48H : Scénario suicidaire / ressources

**Faible** : pense au suicide sans scénario précis / ressources possibles

**Moyenne** : scénario envisagé mais reporté / quelques ressources

**Forte** : planification claire du passage à l'acte / absence d'alternatives

## Dangerosité

= Accès et létalité des moyens suicidaires

**Pendaison** > **Armes à feu** > **Noyade** > **Défénestration** >

Médicaments



## 2. La dépression

# LA DEPRESSION A L'ADOLESCENCE

## ■ **Ambiance dépressive**

- Tristesse et morosité / Manque d'intérêt / Ennui / Larmes
- ▲ **Mais l'état est fluctuant, variable, sensible**

## ■ **Épisode dépressif**

- Tristesse, pessimisme, dévalorisation, sans plainte
- Hostilité, refus contact, retrait, sentiment d'être incompris
- Irritabilité, instabilité émotionnelle ▲ impulsivité
- troubles concentration, fuite scolaire, somatisations multiples
- Idées de mort et de suicide
- ▲ **État quotidien, durable, peu de variabilité**
- ▲ **Attention car les symptômes dépressifs passent souvent derrière les conduites défensives ou de déni :**
  - Expression comportementale : toxiques, agressivité
  - Désinvestissement des intérêts habituels
  - Fatigue chronique / conflictualité constante, somatisations

# CONDUITE A TENIR

## ■ **Ambiance dépressive**

- ▲ Suivi en consultation par les professionnels existants ou introduits

## ■ **Épisode dépressif** (Attention risque psychopathologique)

- ▲ Accompagnement thérapeutique soutenu

- **En consultation** rapprochée par les professionnels existants ou introduits (traitement AD à évoquer) si :

- maillage efficace
- risque de rejet (adolescent ou famille)

- **En hospitalisation** (pédiatrie ou pédo/psychiatrie) si :

- crise intense,
- manque de soutien, besoin de faire reconnaître la souffrance
- demande du jeune
- besoin de séparation



### **3. Consommation de toxiques (alcool ou cannabis)**



# CRITERES DE RISQUE DE LA CONSOMMATION

## ■ **Habitudes de consommation :**

- Fréquence, précocité de l'âge du début
- Consommation solitaire / auto-médication
- Escalade dans les produits et les mélanges

## ■ **Réseau social :**

- Marginalité ou réseau de consommateurs
- Isolement et repli social
- Contexte familial non contenant

## ■ **Vulnérabilité psychique individuelle :**

- Dépression / Troubles du comportement

➔ Hospitalisation rarement indiquée pour la consommation en elle-même (sauf si demande)

➔ Consultations spécialisées (Ex: Emergence Tolbiac)



## **4. Maltraitance ou abus sexuels**

# REPERER UNE MALTRAITANCE / ABUS SEXUELS

- **Rare plainte directe de l'adolescent :**
- **Signes indirects :**
  - Fugues / mises en danger / conduites à risque sexuelles
  - Tentatives de suicide / auto-mutilations
  - Symptômes dépressifs ou retrait / image négative de soi
  - Mauvaise hygiène ou présentation désagréable
  - Agressivité / passivité
- ➔ **Poser la question avec le plus de tact possible**  
(hostilité ou peur souvent présente)
- ➔ **Savoir s'il y a lieu de protéger en urgence**  
(signalement, séparation)
- ➔ **Intérêt de l'hospitalisation pour évaluer la situation dans le calme** (évaluation pluri-disciplinaire)



# 5. Troubles du comportement



# REPERER DES JEUNES EN SOUFFRANCE

- **Comportement inquiétant**

- Solitaire / répétés / hétéro-agressif / sans bénéfiques directs / sans culpabilité

- **Contexte familial problématique**

- Rejet / non mobilisé

- **Psychopathologie individuelle**

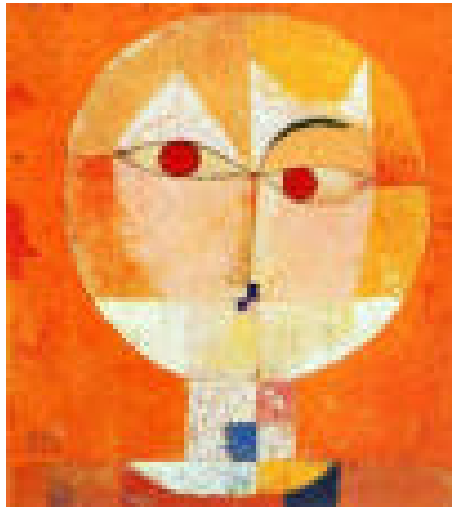
- ➔ Voir le jeune et l'entourage pour comprendre les enjeux actuels de la crise (ex : foyers ASE)
- ➔ Éviter de poser des diagnostics rapides
- ➔ Hospitalisation contre-indiquée si à la demande exclusive de l'entourage (accord à travailler) et plutôt en milieu spécialisé



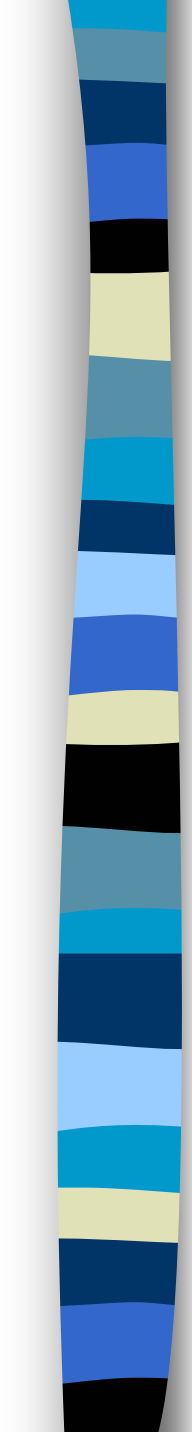
# CONCLUSION

- **Identifier les situations de crise plus que les symptômes. Attention aux crises silencieuses**
- **Tout interlocuteur peut intervenir sur la situation de crise et mobiliser des ressources. La crise n'est pas de pertinence exclusive des psychiatres**
- **Nécessité de définir des filières de soins clairement identifiées**

**Merci de votre attention**



# QUE FAIRE EN CAS DE CRISE SUICIDAIRE?

- 
- **Si potentiel suicidaire important :**
    - Hospitalisation dans une structure adaptée (pédiatrique ou pédo-psychiatrique)
  - **Si potentiel suicidaire moins inquiétant :**
    - Ne pas banaliser, suivre les thématiques de crise
    - Mobiliser l'entourage, éviter les pièges du secret, aider à trouver des interlocuteurs
    - Réduire les facteurs de risque identifiés : (dépression / impasses personnelles ou familiales)
    - Accompagner activement : (Redonner un RDV précis / donner adresses d'urgence)
    - Adresser sur structures spécialisées si besoin

# HOSPITALISER ?

- **L'hospitalisation ne doit pas être systématique**
  - Mais un certain temps est nécessaire pour évaluer
  - Travail sur la crise > projet
- **Être clairs sur les raisons de l'hospitalisation**
  - Contrat / Engagement
- **Structure spécialisée?**
  - Projet d'équipe
- **Alternative en consultation si filières connues**
  - Pédopsychiatrie de liaison
  - Référents désignés sur les équipes de secteur