

editors. Pediatric and adolescent gynecology. WB Saunders Company; 1994. p. 535–66.

- [7] Brook I. Microbiology and management of polymicrobial female genital tract: infections in adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2002;15:217–26.
- [8] Pagano R. Ectopic pregnancy: a seven-year survey. *Med J Aust* 1981;2: 586–8.
- [9] Elia D, Leridon H. Épidémiologie de la dysménorrhée. *Reprod Hum Horm* 1996;171:2–4.

H. Le Hors-Albouze*

Services des urgences pédiatriques et département de chirurgie pédiatrique, CHU Timone-Enfants, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille cedex 05, France
Adresse e-mail : hlehors@ap-hm.fr (H. Le Hors-Albouze).

V. Bremond

Services des urgences pédiatriques, CHU Timone-Enfants, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille cedex 05, France

J.-M. Guys

Département de chirurgie pédiatrique, CHU Timone-Enfants, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille cedex 05, France

J.-L. Jouve

Services des urgences pédiatriques et département de chirurgie pédiatrique, CHU Timone-Enfants, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille cedex 05, France

Disponible sur internet le 12 mai 2006

*Auteur correspondant.

0929-693X/\$ - see front matter © Publié par Elsevier SAS.
doi:10.1016/j.arcped.2006.03.135

Turbulences aux urgences pédiatriques. Agitation de l'enfant et de l'adolescent

Turbulence in emergency ward. Agitation of children and adolescents

Mots clés : Agitation ; Urgences ; Enfant ; Adolescent

Keywords: Agitation; Emergency ward; Child; Teenager; Adolescent

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

1. Circonstances de survenue

Agitation et violence surviennent le plus souvent chez un enfant déjà connu pour des troubles similaires. Les contextes de survenue sont variables : soit la famille (avec la crainte d'un comportement inhabituel, d'un risque suscitant l'angoisse), soit le 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 vient le plus souvent d'une difficulté situationnelle, révélatrice de carences, de frustrations et de souffrances anciennes de l'enfant.

2. 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 médico-chirurgical : 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** ;
- l'**absence** de contexte psychosocial antérieur ;
- l'existence d'**anomalie de l'examen somatique**.

Beaucoup de « situations somatiques » peuvent s'accompagner d'agitation incontrôlable et parfois de violence :

- les affections **neurologiques** : les **hémorragies** méningées d'origine vasculaires ou traumatiques, 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**, la **douleur** intense peuvent aussi s'accompagner de violence ou d'agitation mais ne posent en règle 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. Il peut s'agir d'intoxications massives ou plus souvent de susceptibilité individuelle : psychotropes (**antidépresseurs, benzodiazépines**), **antiépileptiques, neuro-**

- leptiques, 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. La recherche de toxiques doit être systématique devant toute agitation douteuse, même chez l'enfant ;
- les stupéfiants : beaucoup peuvent entraîner des accès d'agitation. L'utilisation de solvants est possible chez le jeune enfant. LSD, 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.

3. Pièges psychiatriques

Au tout début de la prise en charge d'un cas d'agitation, il convient d'observer attentivement, d'écouter, d'apprécier le type d'agitation, l'humeur, l'affectivité, le degré de lucidité, d'attention, 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 ».

La règle d'or reste toujours valable ; celle qui consiste à « toujours éliminer une cause organique avant d'envisager une cause 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 avançons une autre règle : celle de « toujours éliminer une cause psychologique avant d'envisager une cause organique ! ». Voire, pour aller plus loin, nous pensons 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, que notre attention et notre pensée ne doivent pas être clivées. Sinon, nous risquons de tomber dans des pièges que l'urgence nous tend.

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 pseudomaniacal (contra dépressif) 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 des conduites repérés (parfois par le juge, les services de l'aide sociale à l'enfance). Dans tous les services d'urgences pédiatriques, il existe une forte augmentation des demandes, en urgence, 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 socioéducatives ;
- l'agitation et l'angoisse repérées dans un contexte de passage à l'acte suicidaire, non révélé par le jeune (voire 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 bien encore parce qu'il est insupportable de penser que son enfant puisse souffrir psychologiquement. Alors, les risques de banalisation et de minimisation sont grands et donc le danger d'une récurrence ;
- 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. Et qui 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. « 65 % des enfants et adolescents admis aux urgences pour agitation et hétéroagressivité sont calmes à leur arrivée, sans traitement médicamenteux ». La crise passée, le jeune souhaite souvent partir, peut-être parfois trop rapidement ;
- 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... mis sur le compte de la crise d'adolescence.

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, sim-

ples 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. Une liberté, non une contention. 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 indispensable.

4. Aspects thérapeutiques

4.1. Prise en charge non médicamenteuse

Apaiser et contenir est souvent possible chez l'enfant sans recours médicamenteux. **Le changement de contexte et de lieu, mais aussi l'institution elle-même et un cadre suffisamment contenant ont souvent un effet apaisant.** Dans ce contexte, il semble indispensable de **prendre du temps** et **d'offrir une disponibilité**, c'est-à-dire 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 et projetée) contaminante, la déliaison et le télescopage d'éléments signifiants dans des histoires désorganisées.

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 et de le rassurer.** Cet environnement calme et sécurisant suffit le plus souvent à calmer l'agitation.

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.

L'accueil pédopsychiatrique permet de proposer un accueil spécialisé et quand il est possible, **l'entretien psychologique précoce 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 de 1 à 3 lits d'urgence (selon les hôpitaux). Ce sas permet un accueil adapté, un apaisement **(en quelques heures voire 1 ou 2 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 donc nécessite 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.

La contention physique est rarement utilisée (sauf parfois chez certains grands adolescents) 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.

4.2. 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 ».

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 1/2 ampoule). **Chaque prescription s'entoure d'une surveillance régulière (pouls, pression 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. Parallèlement, les parents sont pris en charge. Enfin, un travail auprès des soignants a montré tout son intérêt, au long cours, pour reprendre, à distance, le déroulement de ces prises en charge souvent angoissantes et chargées d'émotions.

Références

Bibliographie sur demande à l'auteur.

P. Duverger*

Service de pédopsychiatrie, CHU d'Angers,
49933 Angers cedex 09, France

G. Picherot
Service d'urgences pédiatriques, hôpital Mère-Enfant,
CHU de Nantes, 44000 Nantes, France

G. Champion
Service d'urgences pédiatriques,
CHU d'Angers, 49333 Angers cedex 09, France

L. Dreno
Service de pédopsychiatrie, hôpital Mère-Enfant,
CHU de Nantes, 44000 Nantes, France

Disponible sur internet le 12 mai 2006

*Auteur correspondant.

0929-693X/\$ - see front matter © Elsevier SAS. Tous droits réservés.
doi:10.1016/j.arcped.2006.03.126

Symptômes pièges et analyse des erreurs diagnostiques aux urgences

Deceptive symptoms and analysis of diagnostic errors in pediatric emergencies

Mots clés : Urgences pédiatriques ; Erreurs diagnostiques ; Évaluation des soins

Keywords: Pediatric emergency care; Diagnostic errors; Diagnostic accuracy; Quality of care assessment

La crainte d'une erreur diagnostique est d'autant plus importante que l'exercice médical expose à des affections graves pouvant bénéficier d'un traitement efficace à condition d'être précoce. Ces situations qualifiées d'urgences thérapeutiques nécessitent avant tout une reconnaissance diagnostique précoce qui expose à 2 grands types d'erreurs : de diagnostic et/ou de sous-évaluation de la gravité. L'analyse des situations ayant entraîné des erreurs voire des conséquences médico-légales montre que les insuffisances sont plus souvent diagnostiques que thérapeutiques [1]. Le risque d'erreur diagnostique peut être diminué par une bonne connaissance des situations les plus à risque, des causes d'erreur de diagnostic et de sous-estimation de la gravité, et par une évaluation régulière de la qualité de la démarche diagnostique.

1. Principales situations à risque d'erreur en urgence pédiatrique

Les situations (symptômes, signes ou affections) suivantes doivent amener à être particulièrement attentif compte tenu du risque de survenue rapide d'une complication grave, surtout chez le nourrisson d'autant que celui-ci est plus jeune. Il s'agit de :

- fièvres pour les risques de sepsis d'évolution fulminante (2 premiers mois de vie, ou choc méningococcémique, ou pneumococcémique chez un sujet à risque) ou de méningite (notamment dans la 1^{re} année de vie).
- cris et refus du biberon du nourrisson, pour le risque de méconnaissance de certains syndromes occlusifs,
- polypnée révélant des affections autres que respiratoires, surtout si associée à une tachycardie importante, et notamment le diagnostic de myocardite parmi les plus méconnus en pédiatrie.

Deux autres situations ne traduisent pas un défaut de diagnostic mais une sous-estimation de la gravité : déshydratation puis choc au cours des gastroentérites, méconnaissance d'un hématome intracrânien au décours d'un traumatisme crânien. Dans ces 2 situations, la complication peut survenir en fait précocement après l'examen. C'est souligner l'importance d'expliquer aux parents les signes qui doivent les amener à reconsulter en urgence, et l'intérêt dans un but de protection médico-légale de noter les signes négatifs.

2. Principales erreurs de diagnostic

Les erreurs de diagnostic résultent du mauvais respect d'une ou plusieurs étapes de la démarche diagnostique schématisée dans le Tableau 1. Deux causes sont particulièrement fréquentes : l'omission d'un symptôme associé (étape 2) et l'omission d'une hypothèse diagnostique (étape 3).

2.1. Les erreurs par insuffisance d'évaluation d'un symptôme

2.1.1. Les symptômes « pièges »

Le symptôme peut égarer vers une mauvaise localisation de l'affection : douleurs abdominales dominant les signes respiratoires d'une pneumopathie débutante, douleurs « projetées » du genou pour les affections de la hanche. Le symptôme peut être atypique à certains âges : expression différente de la douleur

Tableau 1
Principales étapes de la démarche diagnostique

Interrogatoire

1. Identification puis caractérisation du symptôme d'appel (motivant la consultation)
2. Recherche et caractérisation des symptômes associés
3. Élaboration des hypothèses diagnostiques
4. Interrogatoire selon chacune des hypothèses diagnostiques
5. Point sur les hypothèses diagnostiques après l'interrogatoire

Examen clinique

6. Examen clinique guidé selon chacune des hypothèses diagnostiques
7. Point sur les hypothèses diagnostiques après l'examen clinique aboutissant à une évaluation des probabilités des différentes affections (probabilité « pré-test »)

Examens complémentaires

8. Examens complémentaires éventuels selon chacune des hypothèses diagnostiques
9. Point sur les hypothèses diagnostiques après les examens complémentaires aboutissant à une évaluation des probabilités des différentes affections (probabilité « post-test »)

10. Synthèse des hypothèses : probabilité, gravité, urgence

Prise de décision : thérapeutiques, surveillance et réévaluations éventuelles