



27 & 28 novembre 2015

Bordeaux
Hôtel Pullman Aquitania

16^{èmes} Journées d'Urgences Pédiatriques du Sud-Ouest



Symptômes urgents ces arbres qui cachent la forêt...

Dr Pascal Pillet
(CHU Bordeaux)
Jupso 2015

Sarah 15 ans

Samedi soir de décembre aux urgences

- Motif de venue
 - « gorge irritée » - truc coincé au fond de la gorge ??
- Est ce vraiment une urgence ??
- Finalement Examen par l'interne = normal
- Sauf que ...

- Bruits du cœur perçus en région pelvienne !!!

- Diagnostic = grossesse (> 14 SA)

- A consulté une quinzaine de fois les dernières semaines pour algies multiples ...

Questions



- Déni de grossesse ou **déni du dire** ?
- Sarah était **en attente d'être reconnue** par les professionnels qu'elle avait consulté, n'osant pas montrer spontanément et ouvertement la vraie nature de ces préoccupations
- **Quel sens accorder aux symptômes qui nous sont livrés ?**
 - Les indices de souffrance psychique sont peu spécifiques, parfois énigmatiques et /ou secrets
 - Chemin détourné, Variation au fil du temps ...
 - Leur intensité ne préjuge en rien de leur gravité
 - Pas de traduction univoque d'un signe d'appel

Questions



- médecine d'urgence ou **médecine de crise** ?
- Risques
 - Banalisation/déconsidération du symptôme dans un service d'urgence
 - Médecine du symptôme
- Injonction paradoxale aux urgences
 - Nécessité d'analyser / problème de temps et de capacité d'écoute
 - La rotation rapide peut nuire à toute prise en compte plus globale
- Besoin de liaison ++++

Qui sont les adolescents qui consultent aux urgences pédiatriques ?

Etude rétrospective 2002

- 18% activité globale (5 367 passages /an) - sex ratio = 1,3
- Accidentologie ++ (garçons ++)
- Tentatives de suicide : 3,5%
- Problèmes psychosociaux = 6,6%
 - troubles du comportement, troubles psychiques, problèmes sociaux, intoxication, alcoolisation, anxiété ...
- Importance des plaintes fonctionnelles = 20%
 - Très polymorphes
 - asthénie, céphalées, douleurs (abdo ++), dysphagie, dyspnée, malaises, palpitations, spasmophilie, troubles de la vision, mouvements anormaux, tétanie, amaigrissement

Séléna 15 ans

Alcoolisation aigue +++ Vendredi soir 23 h aux urgences



- Arrivée fracassante et agitée avec une « armée » de pompiers,
- Hurlements +++ = va te faire e..., médecin de m..., fils de p...
- Nombreuses projections !
- **Approche somatique difficile !**
- Pleurs, colère teintée de détresse ...
- Tentative de dialogue = bof ➡ sédation ➡ Gros dodo
 - Alcoolémie = 1,5 g - cannabis + BHCG -
 - scarifications sur les membres supérieures
- Hospitalisation UHCD
 - J1 = Calme, Tristesse, idées noires
 - J2 = déclare finalement être victime de « tournantes » dans sa cité depuis plusieurs mois



Prise en charge / Signalement

Questions



- Agressivité de départ = obstacle
- Risque = ne pas repérer le danger, ne pas protéger
 - « On ne trouve que ce que l'on cherche » Mais
 - On ne peut pas voir ce qui n'existe pas au moment de la CS
 - On ne peut pas voir ce que l'on refuse de voir ...
 - On ne veut pas penser l'impensable
- Se donner le temps de la réévaluation
- s'extraire du « chaos » des urgences
- Du lien, du lien et encore du lien

Rôle des urgences dans le dépistage de l'enfance en danger

- Les enfant en danger consultent ils aux urgences pédiatriques ?
Cs plus fréquentes ? Motifs ? récurrence ?
- Comparaison
 - Echantillon enfants en danger (signalement judiciaire en 2006)
 - Registre urgences (au moins une CS)
 - Groupe témoin
- Groupe maltraité = 542 enfants = 1775 passages
 - Source BED : **509** / 1197 enfants signalés au Parquet en 2006
 - Source Parquet : **33** / 521 dossiers étudiés

2586 situations en Gironde en 2006 - 50% saisine du parquet

Principaux résultats récurrence

Age moyen 1° Cs aux urgences: 3 ans et 5 mois
Age moyen du signalement: 8 ans et 6 mois

• Nb de CS

≤ 3 consultations 381 (70%)

- 3,27 enfants maltraités
- 2,78 enfants témoins

 Pas #significative

Nombre de consultations par enfant	Enfants du groupe maltraité	Enfants du groupe témoin
1 seule	204 (37,6%)	21 (41,2%)
2	113 (20,8%)	9 (17,6%)
3	64 (11,8%)	4 (7,8%)
Entre 4 et 9	130 (24,1%)	17 (33,4%)
≥ 10	31 (5,7%)	0

Principaux résultats

Motifs

- Malaises inexplicables à répétition
- tr. du comportement / crises clastiques
- IMV/tentatives de suicide

Les symptômes liés aux débordements violents
représentent un moment clé et contiennent une dimension d'appel
qu'il est important de savoir saisir

En urgences aux urgences

APRES C'EST TROP TARD

Axes d'amélioration des Soins dans le domaine de l'enfance en danger

- Améliorer le dépistage
 - Outil informatique = récurrence/fréquence/motifs
 - Mise en place de grilles de repérage
 - Sensibilisation des soignants à la pédiatrie dite sociale
 - Liens de travail et travail de lien +++ (MDSI, PMI, santé scolaire, CG, CAUVA ...)
- Améliorer le savoir-faire des équipes
 - repérage / évaluation / prise en charge
- Améliorer le travail pluridisciplinaire
 - Elaboration diagnostique
 - Accompagnement des enfants et entourage
 - décisions médico-légales

Stella 14 ans

un mardi après midi avec le SAMU

- Percutée par une voiture (passage piéton) en rentrant de l'école
- Automobiliste a pris la fuite. Son tél portable aurait été cassé dans l'accident
- Est rentrée chez elle malgré douleur. Mère a mis de la pommade sur partie touchée
- Lendemain: douleur lombaire ++, malaise à l'école = **Paraplégie**
 - Dit avoir perdu la sensation dans ses jambes, amenée / SAMU
 - Parésie des membres inférieurs, sensibilité difficilement interprétable, cutanés-abdominaux +, ROT +, RCP indifférent
 - Reste examen normal
 - Radio rachis complet: RAS

Stella 14 ans

- Après radio: bouge les jambes et commence a ressentir les piques touches, pas de trouble de la proprioception
- vit chez ses parents, famille recomposée. scolarisée en 3ème, résultats scolaires moyens.
- ATCDs perso
 - scarifications (pli du coude G) à 12 ans
 - Malaises répétés de type vagal lors des périodes de stress



Stella 14 ans

- J1
 - difficulté mobilisation, marche précautionneuse. figée/raide.
 - Bonne verbalisation et élaboration. pas d'éléments psychotiques
 - Pleurs - Anxiété +++ à l'évocation d'évènements de vie traumatisants / 2 ans
- J2
 - Garde une impotence fonctionnelle des Mb inf sans plainte douloureuse
 - scarifications, mal-être, troubles des conduites, malaises
 - retour sur évènement traumatisant verbalisé pour la 1° fois : agression sexuelle
 - Question du signalement: refus

Stella 14 ans

- Elaboration projet de soin pluridisciplinaire
- Bon investissement de Stella dans ce projet de soin
- Orientation
 - Pédopsychiatre
 - Pédiatre réévaluation somatique et question du signalement
- Evolution
 - Excellente
 - Pas de signalement

Troubles somatoformes

Définitions et Classifications

DSM IV

- tr. somatisation
- tr. somatoforme non différencié
- tr. conversion
- tr. douloureux
- Hypochondrie
- Peur d'une dysmorphie corporelle

CIM 10 (OMS)

- Somatisation
- tr. somatoforme indifférencié
- tr. hypocondriaque
- Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme
- tr. douloureux somatoforme persistant
- Autres troubles somatoformes

Troubles dissociatifs (conversion)
Syndromes comportementaux associés
à des perturbations physiologiques et
des facteurs physiques

Critères diagnostiques

troubles somatoformes

- Symptômes physiques faisant évoquer des troubles somatiques sans qu'aucune anomalie organique ne puisse être décelée, ni aucun mécanisme physiopathologique reconnu
- Absence d'affection médicale ou d'un trouble mental
- Différenciation d'avec des troubles psycho secondaires à une pathologie organique
- Impossibilité de rendre compte ni de la nature ni de la détresse ni des préoccupations du sujet lorsqu'il existe un trouble physique authentique
- Exclusion
 - Manifestations psychosomatiques présentant des lésions et une physiopathologie propre
 - Troubles factices
- Caractère souvent multiple, variable, récurrent, fluctuant des plaintes et symptômes physiques faisant l'objet d'examens complémentaires répétés, parfois invasif toujours négatifs, avec des traitements médicamenteux entrepris sans résultat significatif

Troubles somatoformes

Epidémiologie

- **Prévalence ++++**

- Douleurs abdominales (8 à 9% chez 3-5ans) Céphalées (10% chez 9-13ans)
Conversion: rare (2,3-4,2/100000) *Eminson, 2007*
- 20 % enfants de 3 à 5 ans (*Domenech Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004*)
- 50 % de patients de 3 à 12 (> 1 symptôme dans les 2 semaines précédentes)
(*Garber J, Psychological Assessment 1991*)

- **Prévalence augmente avec l'âge**

- 13 % de 2 à 6 ans,
- 17 % de 7 à 12 ans (*Berntsson L, Eur J Public Health 2001*)
- 23 % de 13 à 17 ans

- **Comorbidités:**

- anxiété (> famille / école) et dépression
- Antécédent ou présence d'une maladie
- Statut socio-économique plus faible
- Antécédent d'abus, de négligence, de trauma

Characteristics of medically hospitalized pediatric patients with somatoform diagnoses.

Hosp Pediatr. 2014 Bujoreanu S

TABLE 1 Demographic and Hospitalization Characteristics (*N* = 161)

Characteristics	Value
Age in years, mean (median) (SD = 2.6; range = 3–18 y)	14.4 (14.7)
Adolescents (13–18 y), <i>n</i> (%)	117 (73)
Gender, <i>n</i> (%)	
Female	120 (75)
Male	41 (25)
Race or ethnicity, <i>n</i> (%)	
White, not Hispanic or Latino	117 (73)
Black	20 (12)
Hispanic or Latino	15 (9)
Asian	1 (1)
Other	8 (5)
Length of stay in days, mean (median) (SD = 4.9 d; range = 1–30 d)	4.9 (3)
Up to 1 wk admission, <i>n</i> (%)	134 (83)
Median annual household income ^a	\$79 797
Minimum median income	\$19 321
Maximum median income	\$204 435
Number of readmissions with PCS reinvolvement, <i>n</i> (%)	32 (17)
Number of individual patients with readmissions	22 (14)
Admitting service, <i>n</i> (%)	
General pediatrics (hospitalist)	60 (37)
Neurology	45 (28)
Gastroenterology	21 (13)
Pain	15 (9)
Orthopedics	7 (4)
Adolescent medicine	5 (3)
Other service	8 (5)

^a Values compiled via census tract²¹ data based on patient address and recorded for the year patient was evaluated by PCS.

c'est pas
psychiatrique

Questions

C'est pas
médical



- C'est pas médicale, c'est psy ..! "Vous n'avez rien : c'est sûrement psychosomatique !"
- Oui mais c'est pas psychiatrique non plus !
 - Ca rentre pas dans DSM IV ou V
- Repérer la souffrance psychique chez l'enfant est certes moins compliqué que d'en saisir le sens
- Dans ces urgences « mixtes », les choses dépendent pour beaucoup de la **coordination entre médecins et psychiatres et du lien médico-psycho-social**
- Question du signalement en urgence





27 & 28 novembre 2015

Bordeaux
Hôtel Pullman Aquitania

16^{èmes} Journées

d'Urgences Pédiatriques du Sud-Ouest



Conclusion

- Reconnaître ce type de souffrance
- Formuler une perspective temporelle cohérente
- Articulation pédiatrie/pédopsychiatrie
- Approche multidimensionnelle et transdisciplinaire



« La plus grande erreur dans le traitement des maladies, c'est qu'il y a des médecins pour le corps et des médecins pour l'âme, alors qu'il est impossible de séparer les deux. » -

Platon

