

URGENCES PSYCHIATRIQUES DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Carlo Carandang, Clare Gray, Heizer Marval-Ospino & Shannon MacPhee

Edition en français

Traduction : Laure Woestelandt, Jordan Sibeoni

Sous la direction de : Marie-Rose Moro

Avec le soutien de la SFPEADA



Carlo Carandang MD, FAPA

Psychiatrist, Halifax, Nova Scotia, Canada

Conflict of interest: Advisory Board: Shire; Educational Grant: Pfizer; Honoraria: Purdue, Bristol-Myers Squibb, Janssen

Clare Gray MD, FRCPC

Division Chief, Community Based Psychiatry Services, Children's Hospital of Eastern Ontario & Associate Professor, Department of Psychiatry, University of Ottawa, Canada

Conflict of interest: none reported

Heizer Marval-Ospino MD, FRCPC

Psychiatrist, Halifax, Nova Scotia, Canada

Conflict of interest: none reported

Cette publication est à destination des professionnels de la santé mentale, qu'ils soient en formation ou en exercice. Elle n'est pas destinée au grand public. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'Editeur ou de la IACAPAP. Cette publication tente de décrire les meilleurs traitements et pratiques basés sur des preuves scientifiques disponibles au moment de sa rédaction, traitements et pratiques qui pourraient donc évoluer en fonction des recherches à venir. Les lecteurs doivent mettre en perspectives ces connaissances avec les recommandations et les lois en vigueur dans leur pays. Certains traitements pourraient ne pas être disponibles dans certains pays et les lecteurs devraient consulter les informations spécifiques des médicaments car tous les dosages et les effets indésirables ne sont pas mentionnés. Les organisations, les publications et les sites web sont cités ou mis en lien afin d'illustrer les résultats et de pouvoir rechercher davantage d'informations. Cela ne veut pas dire que les auteurs, l'Editeur ou la IACAPAP endossent leurs contenus ou leurs recommandations, lesquelles pourraient être évaluées de façon critique par le lecteur. De même, les sites web peuvent changer ou cesser d'exister.

©IACAPAP 2012. Ceci est une publication en accès libre sous la [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). L'utilisation, la distribution et la reproduction sur tout type de support sont permises sans permission préalable du moment que le travail original est correctement cité et que l'utilisation n'est pas commerciale. Envoyez vos commentaires sur ce livre ou ce chapitre à jmreyATbigpond.net.au

Citation suggérée : Carandang C, Gray C, Marval-Ospino H, MacPhee S. Child and adolescent psychiatric emergencies. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (édition en français; Cohen D, ed.) Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

Les enfants et les adolescents qui présentent des problèmes médico-psychologiques aigus exigent une évaluation concise systématique visant à déterminer si la jeune personne souffre d'un trouble psychiatrique aigu par rapport à un problème psycho-social qui se présente sous forme de crise. Toutefois, avant que l'évaluation médico-psychologique en urgence puisse avoir lieu, des complications médicales graves émanant des problèmes psychiatriques doivent d'être exclu. Finalement, l'évaluation médico-psychologique en urgence est indispensable pour déterminer si un niveau de soins plus élevé est nécessaire, comme le transfert dans une unité psychiatrique d'hospitalisation, dans une unité de crise ou une consultation médico-psychologique ambulatoire en urgence.

Shannon MacPhee MD,
FRCPC

Assistant Professor, Dalhousie
University, Department
Emergency Medicine & Chief,

Emergency Medicine, IWK
Health Centre, Halifax, Nova
Scotia, Canada

Conflict of interest: none
reported

EVALUATION PSYCHIATRIQUE D'URGENCE

Une évaluation psychiatrique d'urgence d'un jeune en crise peut se produire dans un cadre ambulatoire, mais il est préférable de réaliser cette évaluation dans le cadre d'un service d'urgence (ED) d'un hôpital. Le service des urgences est plus équipé pour contenir et orienter la crise d'une manière rapide et sûre. En outre, les jeunes patients en crise ne sont souvent pas coopératifs et peuvent présenter des troubles comportements, qui peuvent nécessiter un confinement immédiat, de garder le patient et de protéger les autres. Ce chapitre se concentrera sur l'évaluation psychiatrique d'urgence. Un nombre croissant de patients avec des problèmes médico-psychologiques arrive aux urgences pédiatriques (Newton et al, 2009). Cette tendance a été attribuée, entre autres, à une prévalence croissante de la maladie mentale dans un contexte de disponibilité limitée des ressources en psychiatrie et de l'utilisation croissante de substances, notamment l'alcool et les amphétamines, bien que cela puisse varier d'un pays à l'autre. Le service des urgences est un point d'entrée pour les soins de crise, un lien pour les services communautaires et a été décrit comme un filet de sécurité pour les patients et les familles dans le besoin urgent de soins psychiatriques. Les problèmes psychiatriques les plus fréquents aux urgences pédiatriques dans pays occidentaux sont l'abus de substances, les overdoses, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles du comportement (Newton et al, 2009). En outre, les comportements suicidaires et les agressions présentes aux urgences nécessitent une évaluation rapide, concise, systématique, et un confinement pour la sécurité du patient et des autres. L'évaluation et la gestion de la maltraitance des enfants aux urgences sont également discutées. Ce chapitre donnera aux cliniciens un aperçu sur la façon de procéder à une évaluation d'urgence, tout en contenant une situation potentiellement explosive et dangereuse.

Buts de l'évaluation d'urgence

Les buts de l'évaluation d'urgence sont :

1. Déterminer si le patient est à risque imminent de passage à l'acte auto-agressif ou hétéro-agressif.
2. Etablir la présence d'un ou plusieurs troubles psychiatriques
3. Chercher les facteurs qui ont causé ou contribué au début de ces problèmes et à leur persistance (génétique, développemental, familial, social, médical)
4. Evaluer le niveau de fonctionnement global du patient

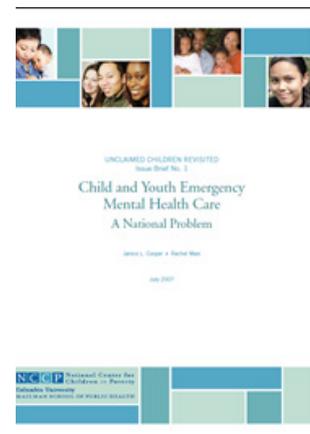
5. Identifier les bases de soutien comme les potentiels supports familiaux dans l'environnement social plus large.
6. Identifier le problème cible pour le traitement
7. Et déterminer si une hospitalisation en psychiatrie est requise.

L'évaluation d'un enfant ou un adolescent est différente de celui d'un adulte à plusieurs égards. Alors que la plupart des adultes cherchent de l'aide par eux mêmes, les enfants le font rarement. En outre, selon l'âge et le développement, certains enfants sont tout simplement incapables de fournir certaines informations biographiques et cliniques nécessaires. Et donc, parents ou soignants sont souvent la principale source d'information (cela ne signifie pas que les enfants devraient être exclus du processus, cependant). Un accent important est également mis sur l'importance de plusieurs sources, tels que les enseignants, personnels de garderies ou d'autres personnes qui connaissent le patient. Un autre aspect crucial de l'évaluation clinique dans cette population est le niveau de développement de l'enfant lorsque l'on considère la pertinence du comportement et du fonctionnement. Pour rendre précis des jugements sur le comportement de l'enfant, une solide compréhension de ce qu'est le développement normal est requis. Similaire à celle des adultes, cependant, l'évaluation clinique implique une histoire détaillée, un examen de l'état mental, un examen physique, une conclusion (intégrant toutes les données disponibles concernant l'état biologique, psychologique, et les aspects sociaux), le diagnostic et le diagnostic différentiel. Cette conclusion doit être transmise au patient et sa famille, et utilisée pour négocier un projet de soins.

Recommandations générales

Les cliniciens peuvent différer dans leurs points de vue sur la façon de structurer des entretiens cliniques, bien que la plupart soit d'accord qu'ils varient selon l'âge et le niveau de développement du patient. Après une brève introduction, certains préfèrent voir les adolescents seuls, puis ensemble avec les parents - ou chacun seul, si l'on s'attend à trop de conflits-. Pour les enfants, le contraire est souvent préféré: voir l'enfant avec les parents ou les parents d'abord seul, puis interroger l'enfant seul. Les enfants de moins de 12 ans sont moins susceptibles de répondre de manière fiable des questions sur l'humeur, le début et la durée des symptômes, être en mesure de se comparer à leurs pairs, et aux questions qui nécessitent à l'enfant de faire preuve de jugement (Granero Perez et al, 1998). En outre, rencontrer les parents en premier peut fournir une orientation pour le clinicien et les domaines d'intérêt qui doivent être recherchés lors de son entretien avec l'enfant. Au cours des entretiens, en particulier avec les jeunes enfants, il peut être utile de parler de sujets neutres en premier afin de mettre l'enfant à l'aise. Cette approche permet également une évaluation de la parole, du discours de l'enfant et ses modes de pensée. Les questions sur le comportement ou les émotions doivent être simples, traiter une question concrète dans le temps : « tu t'es senti si mal que tu as souvent crié ces derniers jours ?). C'est plus utile d'apprendre ce que l'enfant ressent, pense ou se comporte.

Les adolescents tiennent à leur indépendance et à leur intimité et sont plus enclins à partager l'information s'ils savent qu'elle restera confidentielle. La confidentialité devrait être discutée dès le début. Les cliniciens devraient souligner les conditions sous lesquelles ils partageront l'information avec les parents –



Cliquez sur l'image pour accéder à : "Child and Youth Emergency Mental Health Care: A National Problem" by JL Cooper and R Masi. The National Center for Children in Poverty (2007)

comme une question de sécurité (pensées d'homicide ou de suicide). Quand une maltraitance est suspectée, le rôle du clinicien, comme rapporteur mandaté d'un abus, devrait aussi être expliqué.

Parce que la protection de l'enfance est primordiale, l'aveu de maltraitance d'un enfant au médecin ou autres nécessite d'être partagé avec une association d'aide à l'enfance. Les questions sensibles comme un abus de substance, un rapport sexuel, une grossesse ne justifierait pas nécessairement de rompre la confidentialité sauf circonstances spéciales telles que des conduites répétées en état d'ivresse par exemple. En général il est plus convenable d'encourager le jeune à partager cette information directement avec ses parents.

Diagnostic

Il est important de déterminer si le patient présente une pathologie psychiatrique ou un problème psycho-social. Présenter un trouble psychiatrique aigu requiert habituellement des besoins médicaux différents par rapport à des problèmes d'adaptation après une rupture sentimentale. Les troubles psychiatriques aigus et problèmes psycho-sociaux aigus sont discutés plus loin.

Historique du traitement

Un inventaire et une évaluation des traitements précédents, incluant la pharmacothérapie et la psychothérapie, est essentielle. Une revue détaillée des traitements antérieurs, leur durée, leurs dosages, leurs effets secondaires, l'observance des traitements et la bonne réponse aux traitements est justifiée.

Co-occurrence des troubles

En situations d'urgence, le trouble le plus important et le plus aiguë devrait être abordé en premier (par exemple, un adolescent présentant un épisode maniaque aigu et un TDAH devrait être adressé aux services des urgences pour manie). Les troubles co-occurents qui sont présents mais avec une urgence et une sévérité moindres, doivent être adressées à un autre moment dans un cadre ambulatoire.

Evaluation familiale

Pour une évaluation d'urgence, l'accent devrait être mis sur les familles à haut risque de problèmes psychiatriques, comme les antécédents de suicides, les abus de substance, les troubles de l'humeur et les troubles psychotiques. Un antécédent familial de maladie psychiatrique peut suggérer que le patient est hautement susceptible de développer la même maladie.

TROUBLES PSYCHIATRIQUES AIGUS AUX URGENCES

Il est important d'évaluer si le patient présent aux urgences en situation de crise a un trouble psychiatrique sous-jacent. Ci-dessous sont répertoriés les troubles psychiatriques aigus qui sont fréquents aux urgences et de brèves descriptions cliniques et mnémotechniques (tableau J.1.1) (se référer aux chapitres correspondants dans le livre pour plus de détails sur ces troubles).

Psychose

La psychose est un trouble de la pensée et de la perception (hallucinations) dans lequel il y a une déficience grave de l'épreuve de réalité. Les jeunes psychotiques



Cliquez sur l'image pour voir une vidéo expliquant ce à quoi parents, enfants et professionnels de la santé mentale devraient s'attendre quand un enfant est transporté aux urgences pour une évaluation (8:45)

peuvent connaître une baisse de leur fonctionnement social et cognitif avant de présenter des symptômes psychotiques. Souvent, ce déclin se manifeste généralement par l'intermédiaire d'un retrait sociale, la dégradation des performances de l'école, une bizarrerie ou excentricité des pensées et des comportements, une incurie, une méfiance, une anxiété, une irritabilité, une hostilité, ou une agressivité. Les patients peuvent ne pas venir pour des soins médicaux et ils sont souvent amenés par leur famille. Les jeunes dans le département d'urgence peuvent être craintifs, inquiets, irritables, ou agités. Le moyen mnémotechnique **THREAD** (Tableau J.1.1) peut aider les cliniciens à se souvenir des critères de la psychose.

Manie aiguë

La marque d'un épisode maniaque est la présence d'une irritabilité élevée ou une humeur expansible, ce qui représente un changement significatif par les jeunes de leur état d'humeur habituelle, et persiste pendant au moins une semaine. La « **FIND** » (Fréquence, Intensité et Durée) stratégie (Kowatch et al, 2005) est recommandée pour l'évaluation des symptômes chez les jeunes présentant une manie. Le changement de l'humeur est habituellement accompagné par un changement dans la perception qu'ont les jeunes d'eux-mêmes et qui se manifeste par une mégalomanie. Lors d'un épisode maniaque, les adolescents montrent une réduction du besoin de sommeil, des accélérations du discours et des pensées, ont accru leurs intérêts pour de multiples activités, les comportements sexuels sont augmentés en raison d'un mauvais contrôle des impulsions et d'un mauvais jugement, et ils peuvent montrer un changement par un style vestimentaire provocateur. Pendant les premiers jours de l'épisode maniaque, il pourrait y avoir une augmentation de la productivité; cependant, celle-ci est habituellement limitée en raison de la distraction croissante. Plus de la moitié des adolescents en épisode maniaque peuvent développer des symptômes psychotiques qui sont généralement congruents à l'humeur (Yatham et al, 2009). Le moyen mnémotechnique pour Mania est **DIGFAST** (Tableau J.1.1), développé par William Falk (Ghaemi, 2003, page 13).

Dépression

Les jeunes présentant une dépression sont souvent irritables plutôt que déprimé ou triste. Jusqu'à 60% ont aussi des idées suicidaires et 30% ont fait des tentatives de suicide (Birmaher et al, 2007). L'irritabilité ou l'humeur dépressive pendant plus de deux semaines sont associées à la détérioration de son fonctionnement. Le jeune peut également présenter une anhédonie, un retrait social, une baisse des performances scolaires, des habitudes de sommeil perturbées, des changements d'appétit ou de poids, et une fatigue. Une autodépréciation, une faible estime de soi et des distorsions cognitives de la pensée qui amènent l'adolescent à avoir des pensées d'inutilité, de désespoir, de culpabilité, de mort et de suicide. Les enfants peuvent présenter des symptômes somatiques ou des problèmes de comportement, et ils peuvent ne pas avoir encore la capacité cognitive de verbaliser des pensées de culpabilité et de désespoir ou d'identifier leur propre humeur (Baren et al, 2008). Des symptômes psychotiques ou des symptômes mélancoliques sont moins susceptibles d'être présents chez les enfants souffrant de dépression (Rao et al, 2009). Le moyen mnémotechnique pour la dépression est **SIGECAPS** (Tableau J.1.1), développé par Carrey Gross (Ghaemi, 2003, p11).

Tableau J.1.1. Moyen mnémotechnique anglais pour les troubles psychiatriques aigus de l'enfant et de l'adolescent (traduction en français en italique).

THREAD (psychose)

- Thinking may become disordered (trouble de la pensée)
- Hallucinations may occur (hallucinations)
- Reduced contact with reality (perte de contact avec la réalité)
- Emotional control affected (incongruent affect, affective flattening) (discordance affective)
- Arousal may lead to worsening of symptoms (l'excitation peut aggraver les symptômes)
- Delusions might occur. (délire)

DIG FAST (manie)

- Distractibility (distractabilité)
- Insomnia (insomnie)
- Grandiosity (idées de grandeur, mégalomanie)
- Flight of ideas (fuite des idées)
- Activity increase (hyperactivité)
- Speech pressured (logorrhée)
- Thoughtlessness- reckless behaviours (imprudence, comportements à risques)

SIGECAPS (dépression)

- Suicidal thoughts (pensées suicidaires)
- Interests decreased (aboulie, perte de motivation et d'intérêt)
- Guilt (culpabilité)
- Energy decreased (asthénie, fatigue)
- Concentration decreased (difficulté de concentration)
- Appetite disturbance (increased or decreased) (trouble de l'appétit, augmenté ou diminué)
- Psychomotor changes (agitation or retardation) (ralentissement psychomoteur ou agitation)
- Sleep disturbance (increased or decreased) (trouble du sommeil : insomnie ou hypersomnie)

TRAUMA (Etat de stress post-traumatique)

- Traumatic event (événement traumatique)
- Re-experience (reviviscence)
- Avoidance (évitement)
- Unable to function (difficulté à fonctionner)
- Month or more of symptoms (durée des symptômes supérieure à 1 mois)
- Arousal increased (hypervigilance, hyperexcitation)

WILD (Abus de substance)

- Work, school and home role obligations failures (échec scolaire, social et familial)
- Interpersonal or social consequences (conséquences personnelles et sociales)
- Legal problems (problèmes avec la justice)
- Dangerous use (utilisation dangereuse)

ADDICTeD (Dépendance à une substance)

- Activities are given up or reduced (abandon ou réduction des activités)
- Dependence - physical - Tolerance (dépendance physique- tolérance)
- Dependence - physical - Withdrawal (dépendance physique- retrait)
- Intrapersonal (internal) consequences: physical or psychological (conséquences personnelles physiques ou psychologiques)
- Can't cut down use or control use (perte de contrôle de la consommation)
- Time-consuming (chronophage)
- Duration of use is greater than intended. (durée d'utilisation plus longue que prévue)

Troubles anxieux

Il existe de multiples sous-types de troubles anxieux, mais nous nous focaliserons sur le stress aigu, le trouble de stress post-traumatique(PTSD), le trouble panique, et la phobie sociale, car ces troubles peuvent nécessiter une attention immédiate aux urgences.

Stress aigu

La présentation clinique des jeunes atteints d'un trouble de stress aigu est semblable à celle du trouble de stress post-traumatique. Cependant, il se limite à un mois après l'événement traumatique, le vécu subjectif de la personne des symptômes est plus axé sur le traumatisme que sa reviviscence. Lorsque les jeunes discutent de l'événement traumatique, ils décrivent l'avoir vécu d'une manière dissociative. Par exemple, ils peuvent se décrire comme spectateur de l'événement qui leur est arrivé, faute d'une réponse émotionnelle à l'événement, ou d'avoir un souvenir incomplet de l'événement.

Etat de Stress post-traumatique (ESPT)

Le diagnostic d'ESPT nécessite la présence d'un événement traumatique, d'une expérience de peur extrême, de désespoir ou d'horreur. Chez les plus jeunes enfants cela peut être exprimé à travers un comportement agité ou désorganisé. L'expérience traumatisante conduit à revivre les symptômes associés au traumatisme, l'évitement des stimuli associés au traumatisme et de l'hypervigilance, ce qui provoque une détresse importante ou une déficience fonctionnelle. La plupart des personnes exposées à un traumatisme grave développent certains de ces symptômes mais en général ils ne durent pas plus d'un mois. Lorsque les symptômes durent plus d'un mois, un diagnostic d'ESPT est justifié. Étant donné que l'événement traumatique est lié à l'apparition des symptômes, les enfants et les adolescents peuvent présenter des symptômes ou des comportements non présents avant. Les parents n'ont pas toujours connaissance de l'exposition de leur enfant à un traumatisme - ou ils peuvent en être les auteurs. Une difficulté d'établir ce diagnostic chez les jeunes est que la fonction même de l'évitement rend difficile pour ces jeunes de rapporter ou de faire le récit de l'expérience traumatique. Les jeunes enfants peuvent reconstituer les éléments de l'expérience traumatique à travers le jeu, l'expérience des rêves effrayants sans traumatisme lié, devenir agressifs ou développer une l'anxiété de séparation ou des peurs qui ne sont pas nécessairement liées à l'expérience traumatique. Les enfants plus âgés et les adolescents peuvent présenter des symptômes d'anxiété générale, des consommations de substances, des automutilations, des troubles du comportement. Le moyen mnémotechnique de l'ESPT (tableau J.1.1) est TRAUMA (Khouzam, 2001).

Attaque de panique

Une attaque de panique est l'émergence soudaine de peur intense et associée des symptômes dans les dix minutes: palpitations, essoufflement, paresthésies, vertiges, sueurs, des tremblements et la perception d'étouffement. Les enfants et adolescents peuvent subir des attaques de panique en réponse à des stimuli anxiogènes dans le cadre d'un trouble anxieux, d'autres pathologies ou des troubles organiques. Un jeune patient pourrait être considéré comme ayant un trouble de panique lorsque les attaques de panique sont répétitives et se produisent avec ou sans stimuli. Ils craignent aussi d'avoir de futures attaques de panique et modifient

leurs comportements dans une tentative de les éviter.

Phobie sociale

Les enfants et les adolescents qui présentent une phobie sociale affichent une détresse et une peur des situations sociales qui se traduit par un modèle de prévention et d'anticipation anxieuse de ces situations. Les enfants plus jeunes pourraient ne pas être en mesure de verbaliser le caractère anxiogène des situations. Ainsi, leur anxiété peut être exprimée dans des crises de colère ou crises de larmes. Les enfants plus âgés et les adolescents pourraient avoir des symptômes somatiques tels que des nausées, des douleurs abdominales ou des maux de tête liés à des situations sociales. Par conséquent, ils ne peuvent pas assister ou participer à des activités qui ne sont pas familières pour eux ou qui exigent leur participation active. Cela peut présenter sur un spectre allant de l'évitement à lever la main en classe à un refus d'aller à l'école ou d'une combinaison de tous ces faits.

Troubles du comportement

Les troubles du comportement peuvent se présenter aux urgences avec un comportement agressif. Ils comprennent le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites.

Trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité

Les symptômes principaux du TDAH sont l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité. Les enfants et les adolescents atteints du TDAH sont symptomatiques avant l'âge de 7 ans et leurs symptômes conduisent à une insuffisance fonctionnelle dans au moins deux paramètres. Les symptômes surviennent fréquemment et peuvent être exacerbés lorsque le jeune est en situation de groupe ou participe à des activités qui nécessitent une concentration ou l'absence de nouveauté ou d'intérêt. Les symptômes de l'hyperactivité et l'impulsivité sont d'autant plus visibles quand les jeunes deviennent perturbateurs et ont des difficultés à rester en place, à attendre. Conséquences de cette hyperactivité, ils sont souvent blessés. Les enfants atteints du TDAH qui se présentent aux urgences sont généralement amenés en raison d'une agression et de comportements perturbateurs.

Trouble oppositionnel avec provocation

Les principales caractéristiques sont une tendance inappropriée à la provocation, un comportement désobéissant et hostile envers les figures d'autorité. Cette tendance doit être présente pendant au moins six mois et conduire à des difficultés scolaires, sociales ou professionnelles. Les enfants et adolescents atteints de ce trouble négocient souvent avec leurs parents ou refusent de suivre leurs règles, rendant le trouble plus évident à la maison. Ces jeunes sont susceptibles de perdre leur tempérament et peuvent devenir agressifs, habituellement verbalement et sans agression grave comme c'est le cas dans le trouble des conduites.

Trouble des conduites

Les enfants et adolescents atteints de trouble des conduites ont une incapacité à apprécier l'importance du bien-être des autres et de montrer peu de culpabilité ou de remords. Ils montrent un motif répétitif et persistant du comportement où les droits fondamentaux des autres ou de grandes normes sociétales sont violés. Ils ont souvent une longue histoire de suspensions scolaires, des bagarres, d'agression

et de comportements destructeurs. Les mensonges sont souvent utilisés pour sortir d'une des situations délicates et le vol est fréquent. Les quatre principaux groupes de symptômes sont: l'agression ou des menaces de dommages causés aux personnes ou aux animaux; dommages à la propriété délibérée; violation répétée des règles à la maison ou à l'école ou de la loi; et un mensonge permanent pour éviter les conséquences (Américain Psychiatric Association, 1994). Cette tendance entraîne des difficultés significatives socialement, académiquement ou professionnellement.

Consommation de substances

Les adolescents consommateurs de substances se présentent souvent aux urgences pour une intoxication ou un syndrome de sevrage. Cependant, il est important d'évaluer le mode d'utilisation de substance, d'établir si le jeune a soit une addiction ou une dépendance. Les deux sont associées à une souffrance psychosociale ou à l'échec scolaire.

Abus de substance

La principale caractéristique de l'abus de substance est l'utilisation continue d'une substance malgré les conséquences, y compris un préjudice réel ou potentiel. Le moyen mnémotechnique pour l'abus de substances (tableau J.1.1) est **WILD**. (Bogenschutz et al, 2001).

Dépendance à une substance

Après une exposition prolongée à une substance addictive, le mode d'utilisation devient habituel et compulsif. Le jeune devient incapable de contrôler son utilisation de substances, que se soit le montant ou la fréquence. Le jeune préfère de plus en plus de se livrer à l'usage de substances au détriment d'autres activités (amis, famille, activités, école ou travail). Le mode d'utilisation inadéquat continue malgré des problèmes physiques et psychologiques durables causés ou exacerbés par la substance. Avec ce mode d'utilisation, les jeunes développent une tolérance nécessitant des doses plus élevées pour atteindre le même effet ou affichant un retrait lorsque l'utilisation est réduite ou arrêté. Le moyen mnémotechnique de la dépendance à une substance (tableau J.1.1) est **ADDICTED** (Bogenschutz et al, 2001).

PROBLEMES PSYCHO-SOCIAUX AIGUS AUX URGENCES

Des problèmes psycho-sociaux aigus peuvent présenter aux urgences avec ou sans trouble psychiatrique aigu. En plus d'évaluer la présence d'un trouble psychiatrique, il est également important d'évaluer les problèmes psycho-sociaux aigus, tels qu'un comportement suicidaire, l'agression, les conflits parent-enfant, les problèmes d'ajustement, d'abus et d'errance.

Comportement suicidaire

La tentative de suicide est la présentation la plus commune des jeunes aux urgences psychiatriques. Une fois que les patients ont été médicalement stabilisés, les cliniciens ont besoin de déterminer le risque suicidaire des patients. Le suicide est un problème majeur de santé publique dans le monde. Une étude récente utilisant des données provenant de 90 pays ont trouvé un taux de suicide 7,4 / 100 000 pour les jeunes de 15 à 19 ans avec un taux plus élevé pour les hommes (10,5)

que chez les femmes (4,1). Cette même étude a révélé que le suicide représentait 9,1% de tous les décès dans ce groupe d'âge et a représenté le 3ème cause de décès chez les femmes et 4ème pour les hommes (Wasserman et al., 2005). Aux États-Unis, le suicide est la troisième cause de décès chez les 15 à 24 ans comptant pour 12,2% de tous les décès dans ce groupe d'âge (Centers for Disease Control and Prevention, 2010).

Les données des États-Unis ont montré que, dans une période d'un an, 14% des étudiants dans les classes 9-12 avaient des idées suicidaires. En outre, cette enquête a également montré que dans une période d'un an, 11% des étudiants avaient planifié un suicide, 6% avaient fait au moins une tentative de suicide et 2% avaient fait une tentative de suicide nécessitant une intervention médicale (Eaton et al, 2009) (voir aussi le chapitre E.4).

Évaluer le risque suicidaire

Les deux questions importantes sont le degré de confiance (dans l'évaluation) et variabilité (de risque). Il est important de se rappeler que les facteurs de risque ne provoquent pas nécessairement le suicide, mais sont plutôt des caractéristiques associées au comportement suicidaire. En tant que tels, ces facteurs peuvent fournir des indications pour l'évaluation de la vulnérabilité d'un patient au suicide.

Engagement

L'engagement est essentiel à la détection, l'évaluation et la gestion du risque suicidaire. Le niveau d'engagement devrait être évalué car son influence est directe sur l'évaluation du risque suicidaire. Par exemple, le manque de coopération du patient et l'incapacité du clinicien à l'engager peut conduire à une mauvaise détection et une mauvaise évaluation, conduisant à un faible niveau de confiance de l'évaluation des risques, augmentant ainsi le risque.

La première étape est d'établir une alliance thérapeutique. Il existe plusieurs façons pour cela, mais surtout dans un service des urgences, le clinicien, occupé, doit s'asseoir, établir un contact visuel et ne pas sembler distrait ou pressé (e.g., dans un bureau plutôt que interviewer le patient debout dans un couloir). Fournir un cadre calme et une atmosphère sécurisante. Soyez empathique. Les jeunes seront beaucoup plus susceptibles d'évoquer leurs pensées suicidaires et leur scénario s'ils sentent que le clinicien s'intéresse à eux et essaye de comprendre. Aussi, il est important que les cliniciens soient conscients de leurs propres sentiments envers les patients qui sont suicidaires. Soyez ouvert en acceptant les croyances et les sentiments des jeunes. Dans la plupart des cultures, le suicide est considéré négativement, mais lors de l'évaluation d'un enfant ou d'un adolescent suicidaire, il est important de ne pas être dans le jugement, car cela favorise l'alliance thérapeutique à travers une communication ouverte et honnête.

Les limites de la confidentialité doivent être clairement expliquées au début de l'évaluation. La confidentialité doit être maintenue sauf si le jeune est à risque (suicide) ou de nuire (homicide) ou si quelqu'un porte atteinte à eux (la maltraitance des enfants). Ces situations permettent de briser le secret médical.

Détection

La détection concerne l'évaluation des facteurs de risques, personnels, l'intention, la létalité, l'état mental et les informations de garantie. Il est important de questionner

directement les idées et les planifications suicidaires; cela n'augmentera pas le risque de suicide (Gould et al, 2005). Comme mentionné ci-dessus, l'engagement est crucial dans la détection: introduire le sujet en douceur et progressivement, à travers des questions générales, passer progressivement à des questions plus directes, interroger, par exemple:

- Avez-vous déjà eu le sentiment que vous ne voulez pas vous lever le matin ?
- Avez-vous déjà pensé que vous ne pouvez pas continuer?
- Avez-vous déjà pensé aller dormir sans jamais vous réveiller ?
- Avez-vous déjà pensé à mettre fin à votre vie?
- Avez-vous déjà pensé à un plan pour mettre fin à votre vie?
- Si oui, pouvez-vous me parler de votre plan ?
- Etes-vous prêts à agir ?

Facteurs de risques personnels

La maladie psychiatrique est un facteur de risque de suicide. La recherche en autopsie psychologique a montré que parmi les adolescents qui ont réussi leur suicide, environ 90% avaient un trouble psychiatrique diagnostiqué, le plus souvent une dépression, mais aussi un trouble bipolaire, une addiction et des troubles de comportements (Brent et al, 1993; Shaffer & Pfeffer, 2001). Le jeune psychotique peut être plus à risque de suicide, surtout s'il a des injonctions hallucinatoires à se tuer. La dépression, en particulier avec des niveaux élevés de désespoir, comporte un risque important de suicide. Ainsi, un autre domaine important à évaluer est le degré de désespoir. Demander «Avez-vous l'espoir que les choses vont aller mieux?» peut être utile dans l'évaluation de ce facteur important. Les patients qui n'ont plus d'espoir que les choses vont s'améliorer sont plus à risque de suicide. Poser des questions sur les plans pour l'avenir immédiat (le week-end ou le soir) ainsi que pour l'avenir plus lointain (par exemple, lors de l'obtention du diplôme d'études secondaires) peuvent aider à déterminer si les patients se projettent dans l'avenir; les patients atteints d'un manque d'orientation dans l'avenir plus à risque de suicide.

Avoir établi un projet de suicide comporte également un risque. En revanche, des pensées suicidaires passives ont un risque plus faible. Après avoir fait une tentative de suicide récente est un facteur de risque; les jeunes qui font une tentative de suicide sont à risque accru de tentatives ultérieures. La période la plus à risque pour le suicide semble être dans la première année suivant la première tentative (Gould et al, 2003). Les grands événements récents de la vie, en particulier les pertes (rupture sentimentale, perte d'un emploi), les humiliations (entraînant honte, culpabilité, ou colère), ou les sanctions disciplinaires, sont d'autres facteurs de risque. Le moment de la tentative de suicide est souvent associé à un événement de vie stressant. D'autres facteurs de risque de suicide comprennent décharge récente (au cours du mois dernier) à partir d'un établissement de soins psychiatriques et l'intoxication alcoolique.

Les jeunes avec une histoire familiale de suicide ont un risque augmenté à la fois de suicide et de tentative de suicide. On ne sait pas si le risque augmenté est dû à la génétique ou à l'influence de l'environnement, ou les deux. En termes d'influence de facteurs génétiques, cela pourrait être lié à la transmission d'une tendance spécifique au suicide ou aux maladies psychiatriques comme ces deux

facteurs surviennent souvent ensemble.

L'intentionnalité.

L'intentionnalité questionne si les jeunes auto-agressifs tentent vraiment de se tuer ou non (comme dans le cas d'une auto-mutilation non suicidaire) et, alors, combien ils sont déterminés. Utiliser des échelles de 1 à 10 peut aider les jeunes qui luttent à exprimer leurs pensées et leurs émotions. Par exemple, «sur une échelle de 1 à 10, 1 étant aucune intention poursuivre et 10 étant la ferme intention de mettre fin à votre vie, quelle est la probabilité que vous poursuiviez avec votre Plan suicidaire? «La plupart des gens trouvent pénible d'avoir des pensées suicidaires et sont plus que disposés à discuter de ces pensées.

Létalité

Lors de l'évaluation du risque suicidaire suite à une tentative de suicide, il est important de relever l'histoire minutieuse des événements menant à la tentative. Les questions à poser concernant la létalité comprennent:

- La tentative était soigneusement planifiée ou impulsive?
- Les *secours* étaient-ils prévus ou inopinés?
- Y avait-il des préparations et des mesures prises pour s'assurer que la mort était possible?
- Ont-ils cru qu'ils allaient mourir?
- Les affaires personnelles étaient-elles finalisées? (par exemple, avoir pris des dispositions pour animaux domestiques, dettes, adieux et don de possessions, lettre)
- Les moyens létaux étaient-ils disponibles ?

Les cliniciens doivent évaluer la létalité de la tentative - y compris à la fois les réalités objectives et subjectives. Les professionnels médicaux savent quels médicaments sont potentiellement mortels (par exemple, l'acétaminophène) tandis que les patients ne le peuvent pas; par exemple un patient peut prendre une surdose non mortelle (par exemple, la pénicilline) croyant qu'elle était potentiellement létale car c'est un médicament sur prescription. En rassemblant des informations sur les circonstances entourant une tentative de suicide, il est important d'évaluer également la disponibilité de l'aide et le potentiel pour annuler la tentative ce qui fournira plus d'indices sur le degré d'intention. Commencez avec des questions ouvertes telles que «qu'est ce qui vous amène ici?» Ou «Pouvez-vous décrire ce qui est arrivé?» Cela permet aux patients de raconter leur histoire avec leurs propres mots. Suivent alors quelques questions directes pour déterminer les pensées et les émotions du patient avant, pendant et après l'acte. Par exemple (en cas d'overdose) :

- Comment vous sentiez-vous la veille de prendre les médicaments ?
- Comment aviez-vous obtenu les médicaments ?
- Que pensiez-vous et que ressentiez-vous quand vous avez pris les médicaments ?
- Où étiez-vous quand vous avez décidé de prendre les médicaments ?
- Qui était là ? Etiez-vous seul ?
- Comment avez-vous pris les médicaments ?
- Que s'est-il passé après avoir pris les médicaments ?



De plus en plus de jeunes intoxiqués se présentent aux services d'urgences (photo: Daniel Neves)

- Comment vous sentiez-vous après avoir pris les médicaments ?
- Comment vous sentez-vous maintenant que vous êtes vivant ?
- Que pensez-vous avoir appris de tout ça ?
- Comment pouvez-vous réagir la prochaine fois ?

Aux Etats-Unis, où les pistolets prévalent dans la population, il a été montré que l'accès aux armes à feu augmente le risque suicidaire parmi les jeunes. Une étude a trouvé que le risque de suicide réussi était doublé dans les foyers où il y avait des armes à feu (Brent et al, 1991).

Evaluation mentale

Un état mental à risque peut inclure la dépression sévère, des injonctions hallucinatoires ou des délires au sujet de la mort, des préoccupations avec du désespoir, des sentiments d'inutilité, de colère sévère, et d'hostilité.

Informations complémentaires

Les informations complémentaires sont importantes pour déterminer les diagnostics et les traitements psychiatriques précédents, et identifier les précédents comportements suicidaires. L'information peut être obtenue à partir des dossiers médicaux, les rapports de soins infirmier, de police, d'autres professionnels de la santé, et les médecins de famille. Les informations de la famille et des amis peuvent aider à établir si le comportement est inhabituel, depuis combien de temps il est présent et si des soutiens sont disponibles.

Changement du risque

L'état du risque est dynamique et requiert des ré-évaluations. Il est important d'identifier le statut très changeant d'un risque, car cela va guider le clinicien dans ses choix pour la sécurité du patient entre les évaluations. L'intoxication alcoolique chez les individus suicidaires est une indication de risque modifiable et d'une faible confiance dans l'évaluation des risques, car les individus ivres ne sont pas fiables dans les informations qu'ils fournissent et l'alcool réduit le contrôle de soi. Un risque très changeant implique la nécessité d'une attention, d'une réévaluation et d'une gestion plus vigilantes à l'égard de la sécurité (par exemple, réévaluation dans 24 heures).

Confiance de l'évaluation des risques

La confiance (validité) de l'évaluation des risques est influencée par de nombreux facteurs. Les facteurs qui suivent indiquent un manque de confiance dans l'évaluation:

- Chez le patient: Impulsivité, toxicomanie ou alcoolisme, incapacité à s'engager, manque de coopération
- Dans le domaine de l'environnement social: Affaire judiciaire, divorce avec litige sur la garde de l'enfant;
- Dans les évaluations du clinicien : évaluation incomplète, incapacité à obtenir des informations fiables

Similaire à une haute variabilité du risque, un faible niveau de confiance de l'évaluation implique le besoin d'une réévaluation soignée (par exemple, dans les 24 heures). Une gestion plus vigilante est nécessaire en matière de sécurité à la lumière des lacunes dans les informations ou les rapports.

Les niveaux de risque de suicide et leur gestion

Une fois l'évaluation des risques achevée, l'étape suivante consiste à déterminer la gestion appropriée. Le jeune jugé à risque élevé de suicide, nécessitera une admission à l'hôpital pour assurer sa sécurité. Les jeunes non coopératifs qui ne veulent pas être admis mais sont à risque suicidaire imminent peuvent être admis d'office pour assurer leur sécurité (conformément aux lois et procédures locales, qui peuvent varier d'un pays à l'autre). Ceux qui sont jugés être à risque faible à moyen nécessitent une sortie bien organisée, élaborée en consultation avec le patient et sa famille et adaptée à chaque situation. Cela devrait inclure des informations écrites, détaillées à propos de suivi, des contacts importants, et des médicaments. La discussion doit avoir lieu avec les parents / tuteurs et les jeunes sur la création d'un environnement sûr à la maison en supprimant l'accès aux moyens létaux (armes à feu, les médicaments). En tant que composante finale du projet de sortie, le jeune et sa famille devraient toujours se rappeler qu'ils peuvent retourner aux urgences à n'importe quel moment dès qu'ils en ont besoin.

Un haut risque de suicide comporte les composantes suivantes :

- Un état mental à haut risque
- Une tentative de suicide ou des pensées suicidaires
- Une consommation de substance (fréquentes alcoolisations)
- Une absence de soutiens et de supports (jeunes qui refusent d'être aidés, manque de relation de soutien ou des relations hostiles)

Les patients à hauts risques nécessitent un environnement sain et sûr. Considérer une hospitalisation sous contrainte si aucune autre option raisonnable est disponible et si (1) les pensées ou intentions suicidaires sont persistantes et intenses; ou (2) si la nature de la tentative est grave; ou (3) s'il existe des preuves d'un trouble mental grave. Si un patient qui est considéré à haut risque de quitter l'établissement, il faut tenter de localiser cette personne et y compris informer la police. Les autres options pour un patient à haut risque comprennent: l'hospitalisation libre; observation à la maison (si la famille est en mesure de fournir une surveillance et si le risque n'est pas trop élevé); la gestion continue et une surveillance étroite. Des plans d'urgence doivent être en place pour une réévaluation rapide si les symptômes ou la détresse se majorent.

Si le patient à haut risque n'a pas été hospitalisé, une réévaluation devrait se produire dans les 24 heures. Pour un risque moyen, la réévaluation doit avoir lieu dans une semaine. Pour un faible risque, la réévaluation doit avoir lieu dans un mois. S'il n'y a aucun risque prévisible, le renvoi vers des soins psychiatriques ambulatoires ou vers le médecin de famille est justifié pour régler les problèmes psycho-sociaux.

Une mise en garde à cela est l'influence de la forte variabilité sur l'évaluation des risques, et il est prudent pour le clinicien d'élaborer un plan de sécurité et d'assurer la réévaluation dans les 24 heures. Un faible niveau de confiance dans l'évaluation influera sur le risque, il est donc également prudent de garder le patient en toute sécurité et de le réévaluer le cas échéant.

Contrat de sécurité

Au fil des ans, de nombreux cliniciens ont utilisé la stratégie des « contrats de sécurité » ou « de non-suicide » lors de la sortie des patients avec des idées suicidaires aux services des urgences. Il n'y a aucune preuve pour soutenir l'utilisation de ces contrats qui peuvent faussement rassurer (Garvey et al, 2009). La création d'un plan de sécurité pour un patient est beaucoup plus réaliste; il devrait être élaboré en collaboration avec le patient et sa famille. Un plan de sécurité répertorie essentiellement ce que le patient accepte de faire si leurs idées suicidaires reviennent ou s'aggravent. Les principales composantes d'un plan de sécurité incluent de se débarrasser des moyens (comme la suppression des armes à feu et les médicaments) et de faire la liste :

- Des facteurs déclenchants qui conduisent à des sentiments suicidaires
- Des stratégies d'adaptation que le patient peut utiliser quand il se sent suicidaire (tels que faire de l'exercice, écouter de la musique, prendre un bain, lecture, etc...)
- Amis et membres de famille particuliers à qui le patient peut demander de l'aide s'il se sent suicidaire
- Les numéros de téléphone pour les lignes de crise, les professionnels de la santé mentale ou des pairs des groupes de soutien
- Les circonstances d'un retour aux urgences

Agression et comportement incontrôlé

L'agression chez les enfants et les jeunes, inclut une large gamme de comportements, du manque de coopération, de la perte de contrôle, de la défiance, et de la non-compliance jusqu'à la franche hostilité et la violence. Les jeunes qui



Cliquez sur l'image pour voir un clip expliquant le fonctionnement des salles d'urgence (4:09)

A 14 ans, une jeune femme a été amenée aux urgences pour évaluation d'une crise. Elle est apparue timide et calme. Elle s'est présentée avec des coupures superficielles sur les bras (environ 50 coupures) et se scarifiait déjà depuis un an. Elle avait parlé à ses parents de ses scarifications il y a un mois. Elle se coupe généralement lorsque son humeur est triste. Elle a nié vouloir mourir. Cependant, les automutilations ont persisté et ont été de plus en plus profondes. Elle a rapporté des pensées intrusives de suicide avec une augmentation récente de leurs fréquences et de leurs intensités. Elle a été victime d'intimidation à l'école. Malgré ces symptômes, son fonctionnement n'a pas été altéré; Elle avait de bons résultats à l'école, était perspicace pour son âge et a déclaré qu'elle se scarifiait pour soulager la tension et pour conjurer le sentiment de solitude. Elle décrit les «creux» dans son humeur qui semblaient être déclenchés par des situations stressantes, et un mauvais sommeil. Les antécédents familiaux retrouvaient de la dépression du côté maternel. Elle niait toute prise de substance ou toute consommation d'alcool et ne montrait aucun signe d'intoxication. Elle avait une bonne relation avec ses parents, qui l'ont décrit comme une « Bonne enfant ». Elle a été évaluée comme souffrant peut-être d'un épisode dépressif majeur. Le risque de suicide a été évalué comme faible et elle a été renvoyée à la maison avec une orientation vers les services de psychiatrie ambulatoire. Elle est retournée aux urgences six jours plus tard à la suite d'une consultation ambulatoire où elle a révélé des tendances suicidaires, épuisée, et dit vouloir «abandonner ». Elle restait floue à propos des idéations suicidaires, mais a nié avoir un scénario. Elle a refusé de parler. Finalement, elle a révélé qu'un bon ami était mort d'un suicide la veille. «Mon ami était toujours souriant et personne ne le savait parce qu'il n'a jamais parlé à personne...Est-ce que je suis comme lui ? » La patiente a ensuite été admise volontairement dans unité psychiatrique pour adolescents en raison du risque élevé de suicide

affichent ces comportements sont souvent amenés aux urgences par des parents, la police ou les services sociaux. Le traitement et la contention des jeunes agressifs sont l'une des situations les plus difficiles aux urgences. Non seulement un personnel qualifié et empathique est nécessaire, mais aussi les équipements appropriés, le personnel de sécurité et une bonne liaison avec la justice et la protection de l'enfance. Toutes ces exigences doivent être mises en place au préalable ou d'autres situations pourront sortir du contrôle et devenir dangereux pour le patient, le personnel et les autres malades des urgences.

La plupart des diagnostics psychiatriques courants associés aux comportements incontrôlés inclut les troubles de comportement perturbateur (trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, le trouble oppositionnel avec provocation et de la conduite), les troubles de l'humeur (irritabilité avec la dépression et la manie) et les addictions (intoxication). Les autres diagnostics associés à l'agression sont des troubles du développement (retard mental, autisme), la psychose et des conditions médicales plus larges telles que les traumatismes crâniens, notamment s'ils se produisent dans un contexte de dysfonctionnement familial. Dans l'urgence, prévenir l'escalade des comportements agressifs peut impliquer des mesures telles qu'avoir une équipe de sécurité présente, des détecteurs de métaux pour détecter les armes, des chambres d'isolement ainsi que la formation du personnel en ce qui concerne la détection de situations potentiellement violentes. La prédiction de la violence réelle ou d'agression est très difficile, même pour les cliniciens les plus expérimentés.

L'organisation du service d'accueil des urgences peut jouer un rôle important dans la gestion des patients violents ou agressifs. Avoir une salle avec un mobilier spécialement conçu qui ne peut pas être jeté, un appareil photo avec des liaisons vidéo à un infirmier ou une station de sécurité pour surveiller les patients, une porte de sortie pour permettre au personnel de s'échapper rapidement

si nécessaire, et des avertisseurs individuels, peuvent tous jouer un rôle dans le maintien de la sécurité pour tous.

La gestion de la violence ou de la perte de contrôle aiguë devrait d'abord impliquer des techniques de désescalade verbale. Les stratégies pour faire face à des situations potentiellement violentes les incluent :

- Donner à l'individu autant d'espace que possible
- Ne pas bloquer les sorties et de laisser la porte de la chambre ouverte
- Vous situer entre l'individu et la porte
- Parlez à l'individu d'une manière honnête et directe
- Écouter, être empathique,
- Parlez lentement et calmement
- Choix d'offrir autant que possible de la nourriture ou à boire
- Soyez non conflictuel
- Évitez le contact visuel direct ou mouvements brusques
- Restez à au moins la longueur d'un bras
- Fixer des limites («Je suis ici pour vous aider avec vos difficultés, mais je ne peux pas vous permettre de continuer avec vos comportements menaçants »)
- Essayez autant que possible de répondre aux demandes de l'individu de manière positive («Bien sûr, nous pouvons vous trouver quelque chose à manger, mais nous devons d'abord... »)
- S'abstenir de critiquer ou discuter avec la personne
- Ne pas l'interrompre
- Éviter de répondre d'une manière défensive
- Ne prenez pas la colère de la personne personnellement.

Si les jeunes ne répondent pas à un simple entretien, alors un traitement de contention chimique (également appelé tranquillisation rapide) peut être nécessaire. Chimique ou physique la contention ne doit pas être utilisée si l'enfant ou l'adolescent tente activement de nuire à lui-même ou à d'autres. Le consentement des parents doit être obtenu si possible. Dans une première étape, le médicament doit toujours être proposé par voie orale. L'injection intramusculaire devrait être utilisée seulement en dernier recours. Trois classes de médicaments sont utilisées pour la contention chimique - benzodiazépines, antipsychotiques typiques et des antipsychotiques atypiques. Chez les enfants et les adolescents, la tendance est d'éviter les antipsychotiques typiques comme l'halopéridol à cause du risque de dystonie aiguë, en particulier chez les jeunes hommes. Bien que les benzodiazépines comme le Lorazépam puissent être utilisés, il est possible que des réactions paradoxales chez l'enfant et l'adolescent majoraient l'agitation. Bien qu'il n'y ait pas de consensus ni de preuve systématique, la plupart des cliniciens conviennent que le meilleur choix de médicaments pour la contention chimique chez les enfants et les adolescents serait les antipsychotiques atypiques comme l'olanzapine ou le risperdal.

Les contentions chimiques et physiques devraient être utilisées en derniers recours. Les équipes entraînées à la contention physiques peuvent être mobilisées s'il y a un risque imminent d'auto-agression ou d'hétéro-agression. La contention physique devrait être utilisée la durée minimum nécessaire pour calmer le patient.

Après un long voyage au Liban, une jeune fille Canadienne de 15 ans d'origine Libanaise avait du mal à se réajuster à son retour à la maison (son école actuelle a peu d'étudiants issus de l'immigration et elle ne se sent "à sa place"). Les parents ont remarqué un changement significatif dans son comportement et des conflits familiaux ont suivis. La jeune fille a commencé à adopter des comportements à risque élevé - rester dehors toute la nuit, ne pas aller à l'école, elle est devenue rebelle et irrespectueuse, et, contre la volonté des parents, elle a commencé à visiter une autre communauté où il y a une grande représentation des pairs d'origine libanaise. Cela a entraîné de multiples visites aux urgences avec ses parents débordés, insistant qu'elle était «malade mental». À une occasion, la jeune avait agressé sa mère, si bien que des accusations ont été portées et il lui a été demandé de quitter la maison. La jeune a été incapable de suivre les règles de la maison du voisin, où elle avait été provisoirement placée. Des conduites agressives ont conduit à de multiples visites aux urgences impliquant d'exténuantes réunions avec la famille et les tentatives pour améliorer la situation.

En attendant un rendez-vous avec un psychiatre en ambulatoire, le médecin de famille a prescrit de la rispéridone pour son agressivité et son impulsivité. Puis, suite à une bagarre avec sa mère, elle s'est dirigée vers un bus et a ingéré environ 10 comprimés de rispéridone. Elle a ensuite développé des palpitations, a eu peur et a appelé sa mère qui l'a ramenée aux urgences, où elle resté en surveillance et en observation pendant la nuit. Elle a dit le lendemain matin qu'elle n'avait pas eu l'intention de se tuer. Une hospitalisation a été proposée mais elle l'a refusée. Cependant, elle est devenue plus coopérative et a décidé d'entreprendre un planning de sécurité, qui comprenait un placement temporaire chez un membre de la famille élargie avec une observation. Elle a été orientée vers un suivi psychiatrique en ambulatoire.

Les patients en contention physiques devraient être surveillés fréquemment et pas seulement pour s'assurer qu'ils ne se font pas de mal pendant la contention, mais aussi pour déterminer au plus tôt le moment auquel la contention peut être enlevée.

Conflit parents-enfants

Les conflits entre les parents et les enfants peuvent prendre plusieurs formes et arriver pour diverses raisons. Sans ressources pour résoudre ces conflits, les parents peuvent recourir aux services des urgences si cela devient incontrôlable. Les situations incluent des difficultés de discipline, la désobéissance et dans les cas extrêmes, la violence.

Les conflits peuvent survenir à tout âge mais c'est pendant l'adolescence que les conflits tendent à dégénérer. Le chemin des adolescents vers l'indépendance et l'autonomie peut être en opposition directe avec les souhaits des parents de maintenir un contrôle sur les actions et le comportement de leur enfant. Les urgences surviennent en général à la suite des crises juridiques ou disciplinaires qui se traduisent par une perte de contrôle de l'enfant et devenu agressif envers lui-même, les autres, ou bien dans le cadre de problèmes chroniques qui peuvent avoir duré des années. Le clinicien a besoin de connaître le problème actuel en interrogeant l'enfant et ses parents, séparément ou ensemble, en gardant à l'esprit qu'il y a une quantité considérable d'hostilité et d'émotion de tous les côtés, qui doivent être contenues. Il est crucial de comprendre le problème de sorte que les potentielles solutions temporaires peuvent être développées dans un esprit de collaboration. Cela nécessitera la présence des parents et de l'enfant dans la même pièce. Il peut être utile de souligner aux parents que l'art de la négociation et le compromis s'apprend à la maison et que les parents sont bien placés pour enseigner à leurs enfants un développement approprié. Déterminer quelle est la

La patiente est une jeune fille de 16 ans – en CP- qui vit avec sa mère. Au cours des deux derniers mois, elle avait présenté des symptômes dépressifs caractérisés par des pleurs et des perturbations du sommeil. La patiente et sa mère avaient été expulsées de leur appartement quatre mois plus tôt et ont dû passer plusieurs semaines sans-abri. Elles ont depuis trouvé un appartement à louer, mais la patiente a maintenant peur que sa mère la chasse de la maison parce qu'elle a récemment eu 16 ans, et sa mère suggérait que la patiente devait trouver un emploi pour s'occuper d'elle par la suite. Parfois, elles ne disposaient pas d'argent pour acheter de la nourriture. La patiente et sa mère se sont battues sans cesse; Elle a quitté l'école parce que sa vie à la maison était trop stressante pour se concentrer sur le travail scolaire. La mère a amené la patiente aux urgences parce qu'elle était préoccupée par sa fille, déprimée et par son décrochage scolaire, passant la plupart de son temps isolée dans sa chambre. La patiente a nié avoir des idées suicidaires. Il lui a été diagnostiqué un trouble d'adaptation avec une humeur dépressive et elle a été renvoyé vers un suivi psychiatrique en ambulatoire.

question sous-jacente réelle est peut être difficile et le problème actuel est souvent le symptôme de problèmes chroniques plus grands.

L'objectif aux urgences est de déterminer si un grave trouble physique ou mental est présent et de désamorcer la situation afin que l'enfant puisse retourner à la maison ou dans un environnement sûr. Le projet de sortie devrait inclure des références disponibles pour une thérapie de familiale et des guidances parentales, dans le but de développer les compétences de communication plus efficaces et de résolution de problèmes. Ces conflits affectent l'ensemble de la famille, et, idéalement, la résolution du conflit devrait impliquer tous les membres de la famille.

Problèmes d'ajustement.

Les troubles de l'adaptation sont un motif fréquent pour les enfants et les jeunes qui se présentent aux urgences. Les troubles de l'adaptation, par définition, sont des réactions à un facteur de stress spécifique qui vont au-delà de la réaction normale attendue ou cause une altération significative du fonctionnement. La mort d'un être cher, se rendre dans une nouvelle ville ou une nouvelle école, l'intimidation, la rupture sentimentale, et de mauvais résultats scolaires ne sont que quelques exemples d'événements qui pourraient déclencher un trouble d'adaptation chez un enfant ou un jeune vulnérable. L'évaluation devrait inclure une discussion sur les facteurs de stress récents précipitant la présentation aux urgences. En dépit de ne pas répondre aux critères d'un épisode dépressif majeur, les patients avec un trouble d'adaptation peut être un risque important de suicide, il est donc important de dépister toujours le risque de suicide. S'il n'y a aucune indication à hospitaliser le patient (par exemple, à faible risque suicidaire) alors le projet de sortie devrait inclure un suivi ambulatoire.

Abus

La maltraitance des enfants peut prendre plusieurs formes et comprend les formes physiques, verbales et abus sexuels ainsi que la négligence (voir le chapitre B.3). En maintenant un indice élevé de suspicion, l'urgentiste est bien positionné pour détecter la maltraitance des enfants. La consultation avec une équipe de protection de l'enfant, le cas échéant, peut être précieuse en termes de prise de décisions concernant les dispositions de l'enfant maltraité. La plupart des pays ont des exigences légales en matière de soupçons de sévices des enfants et cela devrait se faire conformément à la législation locale.

Jeunes sans domicile

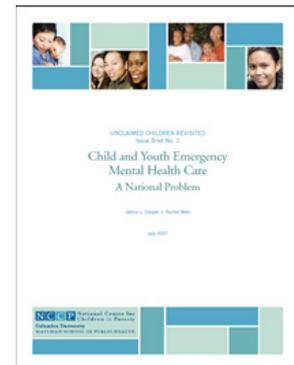
Les jeunes sans-abri se présentent régulièrement aux urgences avec des problèmes psychosociaux et ils sont souvent amenés par la police en raison de comportements dangereux ou risqués. C'est important de ne pas les juger, d'être ouvert et empathique lorsqu'on effectue une évaluation avec tous les jeunes, mais surtout avec les jeunes sans-abri qui se sentent déjà jugés d'une manière négative. Leur apparence peut être rebutante car ils peuvent être sales, échevelés, tatoués et posséder de multiples piercings. Aux États-Unis et dans d'autres pays à revenu élevé, les jeunes sans-abri ont souvent été dans les foyers d'accueil et ont expérimenté des dysfonctionnements majeurs dans leur famille. Ils ont souvent quitté le domicile de leur propre gré en raison de conflits ou d'abus, sont peu susceptibles d'aller à l'école et sont souvent engagés dans la drogue, l'alcool ou des activités délinquantes. Ils ont des réseaux de soutien ténus composés principalement d'autres jeunes sans-abri ayant des antécédents et des comportements similaires. En revanche, les jeunes sans-abri dans d'autres parties du monde en particulier dans les pays à faibles revenus, peuvent être sans-abri à cause de la pauvreté, la famine, la guerre ou l'instabilité politique. Souvent, dans ces situations, le jeune sans-abri est avec sa famille et non pas seul (voir le chapitre J.4).

Une récente étude allemande s'intéressant à la prévalence de troubles psychiatriques chez les adolescents sans-abri a trouvé que 80% des participants avaient un trouble psychiatrique diagnostiqué (Aichorn et al, 2008). Le diagnostic le plus fréquent était les abus de substances et la dépendance (65%). Les autres diagnostics étaient troubles de l'humeur, troubles de l'alimentation et les troubles anxieux. Plus de la moitié avaient des antécédents d'automutilation et 25% ont déclaré au moins une tentative de suicide. Cette étude a également révélé que plus le jeune était longtemps sans abri, plus il était susceptible d'avoir un trouble psychiatrique. Les jeunes sans-abri ont des comportements plus risqués que les jeunes dans la population générale (Milburn et al, 2006). Ces comportements à hauts risques incluent le vol à l'étalage, la prostitution, la consommation de drogues, la multiplication des partenaires sexuels, et l'implication dans un gang.

Etablir des liens sera d'une importance capitale afin d'obtenir des informations exactes et honnête des jeunes; s'asseoir, établir un contact visuel, être patient et faire preuve d'empathie. L'évaluation doit inclure une évaluation des risques pour les suicides et les homicides ainsi qu'une évaluation de l'état de santé physique. Il est également nécessaire d'étudier le mode de vie du patient et de fournir des informations sur le logement, l'aide financière, de l'éducation et de soutien professionnel. Un renvoi vers les services sociaux et vers un suivi psychiatriques ambulatoire peut aussi être indiqué; la compliance avec suivi est généralement faible.

ÉVALUATION MÉDICALE DE L'ÉTAT PSYCHIQUE DU PATIENT AUX URGENCES

Avant qu'une évaluation médico-psychologique d'urgence puisse se poursuivre, la présence de maladies somatiques aiguës, qu'elles émanent de problèmes psychiatriques ou non, doit être évalués. Les jeunes souffrant de troubles mentaux peuvent aussi souffrir de maladies physiques aiguës non apparentées. Les complications médicales des maladies psychiatriques ou de leurs traitements



Cliquez sur l'image pour accéder à un guide sur la santé mentale du service d'urgences (pas spécifiquement pour jeunes) produit par NSW Health, Sydney, Australia.

peuvent avoir une forte morbidité et mortalité si elles ne sont pas détectées et traitées rapidement.

Overdose

Les overdoses de drogues représentent environ un quart des suicides réussis. Dans de nombreux pays, un surdosage intentionnel de drogue de produits pharmaceutiques, en vente libre et les produits naturels est la présentation la plus fréquente d'automutilation aux urgences. La plupart des pays ont des centres de poison qui doivent être contactés pour déterminer la gestion spécifique pour chaque substance ingérée. L'acétaminophène et les salicylates seront abordés ici car ils sont facilement disponibles et couramment utilisés en cas d'overdose. Les antidépresseurs tricycliques sont également discutés car les cliniciens ont besoin d'avoir un projet de soins clair pour eux et de comprendre leurs urgences vitales.

Salicylates

Les salicylates sont largement utilisés pour leurs propriétés analgésiques et antipyrétiques et peuvent être achetés en vente libre. Une intoxication moyenne résulte d'une ingestion aiguë de 150 mg / kg d'acide acétylsalicylique. Une intoxication grave se produit à des doses de 300-500 mg / kg. Le plus puissant salicylate en vente libre est l'huile de wintergreen; chacun des cinq millilitres contient l'équivalent de 7,5 g d'acide acétylsalicylique (Olson et al, 2007). Même une goutte d'huile de Wintergreen peut être mortelle chez un jeune enfant et est une urgence vitale chez le patient en surdosage intentionnel. Les salicylates produisent des perturbations métaboliques et respiratoires profondes lorsqu'ils sont pris en surdosage. Les principaux mécanismes de toxicité sont:

- La stimulation centrale du centre respiratoire menant à une *alcalose respiratoire*
- L'augmentation du taux *métabolique* par le découplage de la phosphorylation oxydative
- Une *acidose métabolique* profonde par inhibition du métabolisme glucidique et lipidique, qui se manifeste par une tachycardie, une tachypnée, l'hypoglycémie et de la fièvre
- La destruction des hépatocytes
- Une inhibition plaquettaire

Les vomissements apparaissent dans la phase précoce après l'ingestion. Suite à cela, les patients signalent des acouphènes, de graves tachypnées, une léthargie, et une hyperthermie. La présentation clinique progresse au fil du temps pour inclure des convulsions, un coma, un œdème pulmonaire et, finalement, un collapsus cardiovasculaire (Olson et al, 2007). En l'absence d'une histoire connue d'ingestion de salicylate, une overdose devrait être fortement soupçonnée avec une alcalose respiratoire mixte et une acidose métabolique. Le taux sérique de salicylate, de glucose, d'électrolytes, un hémogramme complet et des tests de la coagulation (céphaline temps / rapport normalisé international) doivent être menés et mesurés. Une radiographie du thorax doit être obtenue au départ pour vérifier la présence ou l'absence d'un œdème pulmonaire si les symptômes cliniques l'indiquent. Le charbon actif doit être donné si le patient se présente dans l'heure après une ingestion salicylate connue. Une deuxième dose doit être envisagée si le produit a été enrobé, à libération prolongée ou entérique.

Une surveillance étroite est nécessaire et le traitement doit être adapté aux complications. La pierre angulaire de la thérapie est l'alcalinisation des urines. La décision de commencer le traitement avec du bicarbonate est basé sur la présence de symptômes quel que soit le niveau de salicylate du sang. Les bicarbonates augmentent l'excrétion urinaire du salicylate par le piégeage d'ions. Le but du traitement est de maintenir un pH urinaire de 7,5 à 8 et l'écoulement d'urine de 1 ml / kg / heure. Un bolus IV unique de 1-2 mEq / kg de bicarbonate de sodium (NaHCO₃) est donné, suivi d'une perfusion de 5% de glucose (G5) avec NaHCO₃ and 20-40 mEq / L de chlorure de potassium (KCl). Un suivi méticuleux de la production d'urine, le pH sanguin et urinaire, taux de potassium sérique, de l'état mental et de l'état pulmonaire doit être effectué.

Des précautions doivent être prises pour traiter les complications potentielles de l'ingestion de salicylate comprenant:

- La prise en charge des voies aériennes avec une ventilation mécanique si nécessaire
- La gestion de l'hyperthermie avec refroidissement externe
- La gestion des crises avec des benzodiazépines
- Le remplacement du déficit volémique avec une solution cristalloïde
- La correction d'une hypokaliémie (chez les patients qui ne sont pas en anurie)
- Le traitement de l'hypoglycémie avec du glucose

L'hémodialyse est recommandée chez les patients présentant une acidose réfractaire, de profondes perturbations électrolytiques, une grave toxicité du SNC, ou la détérioration clinique malgré alcalinisation urinaire. L'état clinique permet de décider quels patients devraient subir une hémodialyse, mais certains rapports suggèrent qu'un niveau de salicylate sérique supérieure à 1000 mg / L serait une indication supplémentaire (Olson et al, 2007).

Paracétamol (acétaminophène)

Les analgésiques sont les plus fréquents surdosages accidentels et non accidentels (Bronstein et al, 2010). Le paracétamol peut produire des effets toxiques avec une seule ingestion de plus de 200 mg / kg. Le principal organe touché est le foie. La toxicité se produit lorsque la production de N-acétylbenzoquinonimine (NAPQI) par les enzymes du cytochrome P450 dépasse la capacité de désintoxication (Dart et al, 2006). La NAPQI a un effet cytotoxique direct sur les hépatocytes. Si le patient se présente moins de deux heures après l'exposition, le charbon actif doit être administré. Le niveau de paracétamol, les ASAT et ALAT doivent être vérifiés une fois chez le patient au moins quatre heures après l'exposition et tracés sur un graphe Rumack-Matthieu. Si l'exposition est dans la gamme toxique, la N-acétylcystéine a montrée une diminution de la mortalité et limite les dommages hépatocellulaire (Dart et al, 2006). Les deux formes orale et intraveineuse de N-acétylcystéine sont disponibles et ont une efficacité comparable (Perry & Shannon, 1998).

Antidépresseurs tricycliques

Les antidépresseurs tricycliques (ATC) ont un taux de mortalité globale de 6% (Eyer et al, 2009). Une consultation au centre antipoison régional et au sein l'unité de soins intensifs locale doivent être instaurées rapidement. Le charbon

actif devrait être administré si le patient arrive à aux urgences dans l'heure suivant l'ingestion. Un surdosage doit être suspecté chez les patients qui présentent un syndrome anticholinergique toxiques ainsi qu'une dysfonction cardiaque et neurologique. Le moyen mnémotechnique du syndrome toxique anticholinergique peut être facilement mémorisable: *chaud comme un lièvre; myope comme une taupe; sec comme un os; rouge comme une betterave; fou comme un chapelier.*

Les signes vitaux sont variables en fonction de l'état du patient avec des cas d'hyper et d'hypotension. La tachycardie et l'hypertension sont plus fréquemment observées, et sont le résultat de l'inhibition de la recapture des catécholamines. L'hypotension est généralement faible et est due au blocus tricycliques sur les récepteurs alpha-adrénergiques périphériques conduisant à une vasodilatation et une hypotension. L'hypotension peut généralement être gérée avec la position déclive ou un bolus cristalloïde (Olson et al, 2007).

La *toxicité cardiaque directe* et les troubles de la conduction cardiaque se produisent en raison de l'inhibition des effets du canal sodique rapide et des dépresseurs de la membrane. Le seul examen le plus important est l'électrocardiogramme. *L'élargissement du QRS au-delà de 100 ms est le meilleur corrélat clinique de la gravité de la toxicité* (Braden et al, 1986). Le retard dans la repolarisation est mis en évidence par un allongement non seulement des QRS, mais aussi des intervalles QT et PR. Le patient est à risque d'ectopie ventriculaire y compris de fibrillation ventriculaire, de tachycardie ventriculaire ou d'asystolie. Les acidoses métaboliques et les acidoses respiratoires entraînent davantage à une arythmie cardiaque. Le bicarbonate de sodium 1-2 mEq / kg peut inverser les effets dépresseurs de la membrane et inverser blocage des canaux de sodium, et est indiqué lorsque l'allongement des QRS est supérieur à 100 millisecondes. Les arythmies cardiaques spécifiques doivent être traitées conformément à la norme des protocoles de l'association américaine de cardiologie : [standard American Heart Association protocols](#). Le Procainamide doit être strictement évité en cas de surdosage tricycliques, comme son mécanisme d'action est susceptible d'exacerber la cardiotoxicité.

Les manifestations neurologiques de surdosage de tricycliques évoluent avec le temps après leur ingestion. Ces patients présentent initialement une agitation importante, mais peuvent évoluer rapidement vers un niveau de conscience très altéré avec une perte des réflexes de protection des voies respiratoires. Comme les 2/3 des patients qui se présentent avec une overdose ont pris de multiples molécules, les comas doivent être traitées de manière empirique avec de la naloxone et du glucose. L'arrêt et la perte des réflexes respiratoires peuvent survenir brusquement. Le clinicien doit anticiper et se préparer tôt à l'intubation quand il prend en charge une overdose de tricyclique.

Les crises surviennent chez 20% des patients atteints de surdosage de tricycliques. La prise en charge initiale devrait inclure une benzodiazépine. Cependant, la gestion de deuxième ligne est le blocage neuromusculaire avec un agent non dépolarisant pour prévenir l'hyperthermie et la rhabdomyolyse qui est associé à une prise prolongée. Une surveillance EEG continue sera nécessaire si le patient est paralysé et ventilé pour évaluer des signes d'activité de crise cérébrale (Olson et al, 2007).

Automutilation

L'automutilation est un groupe complexe de comportements qui résultent de la destruction délibérée du corps; elle est fréquente dans les auto-agressions des jeunes sans intention suicidaire et est associée à des troubles organiques, psychologiques et psychiatriques. Les manifestations les plus fréquentes de l'automutilation sont les scarifications ou les brûlures de la région du bras et du poignet. En plus d'un examen approfondi sur la coexistence des idées suicidaires et d'autres troubles psychiatriques, les plaies doivent être nettoyées, suturées et pansées. Le patient doit être abordé sans jugement. Le statut pour le tétanos doit être documenté, et mis à jour si nécessaire. Une discussion doit avoir lieu pour assurer que le patient sait que le partage d'un rasoir ou tout autre objet pointu pour se mutiler les exposerait au risque de transmission du VIH ou de l'hépatite (Dallam, 1997).

Intoxication

Les adolescents toxicomanes sont un problème croissant aux urgences. Pendant que les jeunes sont imprégnés, leur perception, leur coordination et leur capacité à prendre des décisions sont altérées. Cela place les jeunes toxicomanes à haut risque d'agressivité, et ainsi un examen physique complet et soigneux est requis pour exclure d'autres blessures existantes. L'ingestion d'une substance connue ne devrait pas empêcher le clinicien de considérer soigneusement les diagnostics différentiels alternatifs. Une blessure à la tête ou une agression physique peuvent certainement coexister avec une intoxication chez un patient avec une conscience altérée.

La plupart des intoxications de substances sont gérées de façon conservatrice. Le traitement vise à stabiliser les signes vitaux ou de contrôler les effets secondaires gênants tels que l'agitation. Il est courant d'effectuer une paracétamolémie, un dosage sanguin de l'acide acétylsalicylique et une alcoolémie chez les patients avec une ingestion connue (voir ci-dessus). Un large dépistage de toxiques dans les d'urine est rarement indiqué et ne se fait pas, sauf ses résultats pouvaient modifier considérablement la prise en charge.

Les tendances épidémiologiques dans l'utilisation de drogues illicites varient selon les villes, les pays et les années. Le [National Institute of Drug Abuse](#) apporte des informations en temps opportun sur les tendances de l'usage de drogues pour une variété de centres aux États-Unis, mais ceux-ci peuvent être différents dans d'autres pays. Cependant, chaque clinicien doit reconnaître et gérer l'ingestion d'alcool, de cocaïne, de phencyclidine (PCP), d'opiacés, d'ecstasy, de kétamine et d'acide *gamma*-hydroxybutyrique (GHB).

Ethanol

L'intoxication à l'éthanol se présente fréquemment avec des troubles de l'élocution, des troubles du jugement et la perte de la motricité fine, mais à des concentrations sanguines plus élevées elle peut conduire à une dépression respiratoire et du système nerveux central, la perte des réflexes de protection et la mort (voir aussi le chapitre G.1). Aucun des tests sanguins de routine n'est nécessaire à part une glycémie pour des patients peu détériorés. Cependant, une détérioration plus significative est souvent étudiée avec la glycémie, le trou osmolaire, et le taux sérique d'éthanol. Une lésion occulte et la co-ingestion d'autres substances doivent

être explorées. Les soins sont favorables.

Méthanol

L'ingestion de méthanol et d'éthylène glycol ont une morbidité et une mortalité importantes. Initialement, ces patients sont indiscernables de l'intoxication à l'éthanol standard. Cependant, comme ces deux alcools sont métabolisés, leurs produits de décomposition provoquent une acidose métabolique. En plus de l'acidose métabolique profonde observée avec le méthanol, l'acide formique son métabolite provoque des dommages à des organes cibles et de multiples organes, en particulier les yeux. L'ingestion de méthanol peut conduire à la cécité.

L'accumulation d'acide glycolique à partir du métabolisme de l'éthylène glycol présente des symptômes progressifs commençant douze heures plus tard après l'ingestion avec une hyperventilation, des arythmies et une insuffisance rénale. Il y aura une large acidose métabolique, un large trou anionique avec ces deux alcools toxiques. Les niveaux de méthanol et d'éthylène glycol ne sont pas toujours immédiatement disponibles. En l'absence de ces mesures, un traitement empirique par foméprozole ne devrait pas être retardé. Une acidose métabolique importante doit être gérée avec une perfusion de bicarbonate. L'acide folinique 1 mg / kg doit être administré dans l'ingestion du méthanol tandis que la thiamine et la pyridoxine doivent être administrés dans les ingestions d'éthylène glycol. Ces schémas thérapeutiques favorisent à la fois une diminution de production et une meilleure élimination des métabolites toxiques.

La perfusion de l'éthanol a été largement utilisée dans le passé pour traiter les ingestions de méthanol et d'éthylène glycol sur le principe qu'il agit comme un antagoniste compétitif de ces alcools toxiques. Les effets secondaires significatifs de dépression respiratoire et du système nerveux central provoqué par l'éthanol rend ce traitement obsolète compte tenu de la généralisation de la disponibilité du foméprozole.

Cocaïne

La cocaïne est un sympathomimétique augmentant le rythme cardiaque, la fréquence respiratoire et la température. Les patients qui ont ingéré de la cocaïne sont agités, ont une activité motrice augmentée et sont à risque de rhabdomyolyse. La morbidité à long terme associée à la consommation de cocaïne ne vient pas seulement de son niveau élevé de dépendance, mais des complications graves du système nerveux central et du système cardiaque associées à son utilisation. Celles-ci comprennent l'infarctus du myocarde, l'infarctus cérébral et hémorragie cérébrale. Le traitement est symptomatique et dirigé vers toutes les complications. Les benzodiazépines sont généralement utilisées pour traiter l'agitation. Des mesures d'appoint pour contrôler hyperthermie ou les complications cardiaques sont utilisées si nécessaire.

La phencyclidine (PCP)

La PCP peut être utilisée par voie orale, intraveineuse, intranasale et est souvent mélangé avec d'autres substances, y compris la marijuana. La PCP a des propriétés sympathomimétiques et dissociatives. Les soins de soutien devraient être fournis. La contention physique peut être nécessaire chez des patients très agités. Une extrême labilité de l'humeur et des troubles du comportement peuvent également être gérés avec des benzodiazépines ou un antipsychotique atypique tels

que l'olanzapine.

Opiacés

Une surdose d'opiacés est facilement reconnaissable par des pupilles ponctiformes, une dépression respiratoire et un état mental altéré. La Naloxone, un antidote efficace, restaure rapidement un fonctionnement normal. Les soins de soutien, y compris la gestion de la dépression respiratoire doivent être prévus.

Ecstasy

L'ecstasy est un stimulant et un hallucinogène. Aucun antidote spécifique n'est disponible pour traiter une surdose d'ecstasy. Le traitement vise à rétablir l'hydratation, fournir une benzodiazépine pour l'agitation et le traitement des complications spécifiques, y compris l'hypertension, l'hyperthermie et la rhabdomyolyse.

La kétamine

La kétamine est une drogue récréative utilisée pour ses propriétés dissociatives. Les utilisateurs montrent habituellement une tachycardie, de l'hypertension, un nystagmus et un état mental altéré. En cas de surdosage, les utilisateurs de kétamine peuvent développer une hyperthermie, des convulsions et une dépression respiratoire. Le traitement est symptomatique avec l'utilisation occasionnelle d'une benzodiazépine si nécessaire.

L'acide gamma-hydroxybutyrique (GHB)

Le GHB est un anxiolytique et un sédatif. Les patients qui ont pris une surdose de GHB peuvent présenter une dépression respiratoire et du système nerveux central, et sont pris en charge en conséquence.

Syndrome sérotoninergique

Le syndrome sérotoninergique est une complication fréquente des traitements antidépresseurs, en particulier lorsqu'ils sont pris en combinaison avec d'autres produits pharmaceutiques ou des traitements alternatifs en vente libre. Les manifestations du syndrome sérotoninergique englobent un large spectre de gravité. Des cas bénins peuvent être facilement inaperçus car les symptômes comme la diarrhée, l'agitation et l'anxiété peuvent avoir un chevauchement avec un diagnostic sous-jacent du patient. Toutefois, manquer de reconnaître ces premiers symptômes combinés à une augmentation inappropriée de la dose de l'antidépresseur (par exemple, un ISRS) peut conduire à une présentation clinique grave.

La triade de symptômes décrits dans le syndrome sérotoninergique comprend: des modifications de l'état mental, une hyperactivité du système nerveux autonome et des troubles neuromusculaires. L'hyperactivité du système nerveux autonome comprend:

- Tachycardie
- Hypertension
- Hyperthermie
- Mydriase
- Diaphorèse

- Bruits intestinaux hyperactifs
- Frissons

Dès le début, ces patients peuvent présenter des tremblements. Les autres signes neuromusculaires, qui sont souvent plus prononcés dans les extrémités inférieures, comprennent une hypertonie musculaire et des myoclonies. Des clonies oculaires ont également été rapportées dans le syndrome sérotoninergique. Les personnes touchées par le syndrome sérotoninergique apparaissent agitées et logorrhéiques.

La gestion de ces patients dépend de leur gravité. Les cas les plus bénins peuvent être gérés avec prudence et avec une benzodiazépine (par exemple, le diazepam). La contention physique doit être évitée: la poursuite de l'activité musculaire va exacerber l'hyperthermie et la rhabdomyolyse. Les adolescents ou les enfants avec une hyperthermie importante (> 41,1 C) doivent être anesthésiés, intubés et ventilés. Le choix de la substance anesthésiante est limité à un agent non dépolarisant (vécuronium) utilisé pour empêcher l'activité musculaire et une plus grande élévation de la température. Il est essentiel que *la succinylcholine soit évitée* dans ce contexte en raison du risque de rhabdomyolyse, d'hyperkaliémie et d'arythmie cardiaque subséquente. Le traitement par agoniste sérotoninergique tel que la cyproheptadine peut être utilisé pour contrôler le syndrome. D'autres agents ayant une activité antagoniste significative 5-HT_{2A}, tels que l'olanzapine peuvent également être utilisés pour contrôler des symptômes graves. L'agent incriminé doit être interrompu (Boyer, 2011).

Symptômes pyramidaux aigus

Les symptômes extrapyramidaux aigus se réfèrent à une gamme d'anomalies des mouvements qui se produisent lorsque le patient prend un bloqueur des récepteurs de la dopamine. Ces anomalies du mouvement sont associés à des antiémétiques, bloqueurs des canaux calciques (métoclopramide), des antagonistes des canaux calciques (de flunarizine) et les antipsychotiques. Les antipsychotiques atypiques par rapport aux anciens médicaments de cette classe ont un taux plus faible, mais toujours persistant, de symptômes extrapyramidaux (Dayalu & Chou, 2008). Les symptômes extrapyramidaux peuvent être divisés en syndromes aigus ou tardifs. Les syndromes aigus comprennent:

- Dystonies aiguës
- Pseudo-parkinsonisme
- Akathisie

La *dystonie* est due à la perturbation de l'équilibre dopaminergique-cholinergique. Environ la moitié des dystonies aiguës se produisent dans les premières quarante-huit heures d'utilisation des médicaments (van Harten et al, 1999). Les patients souffrant d'une réaction dystonique aiguë montreront généralement une torsion, des mouvements répétitifs ou une posture anormale. Cette activité musculaire est extrêmement pénible pour le patient. Les dystonies les plus courantes concernent le visage, le cou et la gorge et sont représentées par des syndromes cliniques tels que la l'opisthotonos, le trismus et le torticolis.

L'administration immédiate en IV ou IM de benztropine 1 à 2 mg, ou diphenhydramine 25 mg à 50 se traduit par la restauration rapide de l'état de base du patient. Le traitement peut être répété à intervalle de 30 minutes. Le médecin

prescripteur doit réévaluer le choix des antipsychotiques ou utiliser simultanément un médicament anticholinergique.

La réaction dystonique aiguë la plus grave est le laryngospasme. Cette urgence vitale se produit quand il y a un spasme complet des muscles des cordes vocales résultant de la fermeture complète de la glotte. Initialement, le patient se présente avec un stridor, mais qui va progresser pour se terminer en une obstruction des voies respiratoires si elle n'est pas reconnue ni traitée rapidement. Ceci est une complication extrêmement rare des antipsychotiques, mais peut être reconnue chez un patient paniqué qui est incapable de respirer. La gestion initiale du laryngospasme consiste à fournir une ventilation à pression positive pour surmonter l'obstacle. Il doit être immédiatement donné au patient un anticholinergique (benzatropine 0.5-2mg IM / IV ou IM diphenhydramine 25-50 mg / IV). Si la saturation en oxygène continue de baisser, l'administration d'un relaxant musculaire devrait faciliter la ventilation à pression positive (Miller et al, 2009). Le succinylcholine 4-5 mg en IM est le relaxant de choix dans une situation d'urgence lorsque l'accès par voie intraveineuse n'est pas immédiatement disponible. Il est important de noter que le patient qui a connu une réaction dystonique aiguë nécessitera des anticholinergiques oraux au minimum quatre semaines après la sortie.

La présentation de *pseudo-parkinsonisme* comprend au moins un des symptômes suivants: une bradykinésie, une rigidité, des tremblements, ou une instabilité posturale. Le tremblement est présent au repos et disparaît avec le mouvement. La rigidité est définie comme l'augmentation de la résistance suscitée lors du déplacement d'un membre, le cou ou le tronc par un mouvement passif, et la « roue-dentée » peut généralement être obtenue à partir des extrémités supérieures à la résistance au mouvement de répétition, comme en déplaçant le levier d'une roue dentée. Les caractéristiques de la bradykinésie le plus souvent associées à l'utilisation d'antipsychotiques sont une absence d'expression faciale et une difficulté à la coordination. L'instabilité posturale peut être détectée par une diminution des réflexes de redressement normaux pour maintenir une posture. Le pseudo-parkinsonisme est une réaction intermédiaire qui peut se produire après quelques mois de traitement. Les symptômes vont s'améliorer progressivement lorsque les antipsychotiques sont arrêtés, mais cela peut prendre des semaines, voire des mois (Dayalu & Chou, 2008). En plus de l'élimination de l'effet antagoniste de la dopamine, la rigidité en roue dentée peut être soulagée par l'administration d'anticholinergiques oraux.

L'akathisie peut être reconnue cliniquement par une stimulation, une incapacité à rester assis et des mouvements moteurs répétitifs. Ces patients rapportent un sentiment d'agitation intérieure et une anxiété. Le risque d'akathisie s'élève à 20-40% avec des antipsychotiques typiques et est moindre avec les atypiques. La gestion d'une akathisie peut être complexe. Les premières étapes devraient être une réduction du médicament antipsychotique ou un changement de traitement. Utiliser un bêta-bloquant, un anticholinergique ou un antihistaminique peut être aussi envisagé.

Toxicité du lithium

Malgré son utilisation depuis plus de 60 ans, le mécanisme d'action de lithium reste incertain. Des effets significatifs à long terme incluent le gain de poids, des troubles thyroïdiens, une insuffisance rénale, un diabète insipide et des

troubles cognitifs (Waring et al, 2006). Le spectre d'effets toxiques dépend du contexte clinique:

- toxicité aiguë chez un individu prenant du lithium pour la première fois
- toxicité aiguë sur une utilisation chronique
- toxicité chronique (cela se produit souvent à la suite d'une mauvaise surveillance et n'est pas discuté ici).

La toxicité aiguë sur l'utilisation chronique est une préoccupation particulière car la demi-vie du lithium est prolongée de manière significative chez les patients avec un traitement de longue date par rapport à ceux naïfs à la médication (la demi-vie de 51 heures contre 13 heures respectivement). Les patients qui ont pris une dose de lithium supra-thérapeutique au long cours sont à risque élevé d'effets toxiques.

Les caractéristiques neurologiques et cardiaques dominent le tableau clinique de la toxicité du lithium. Ces patients semblent en état d'ébriété: ils ont des difficultés d'élocution, un manque de coordination et d'un comportement inhabituel. A des niveaux plus élevés de lithium, les symptômes peuvent évoluer vers un coma, des convulsions ou la mort. Les lésions neurologiques permanentes peuvent arriver indépendamment de la façon dont la toxicité est prise en charge. Les problèmes cardiaques découlant de la prise de lithium comprennent un bloc atrio-ventriculaire, arythmie et des changements non-spécifiques du segment ST-T.

Le charbon actif n'absorbe pas de lithium dans une grande mesure et il est peu probable qu'il soit bénéfique dans le cadre d'overdose aiguë. L'hémodialyse et l'hémofiltration continue sont toutes les deux très efficaces pour réduire les concentrations sériques de lithium. La disponibilité locale et la pratique vont déterminer la méthode qui sera utilisée pour traiter la toxicité aiguë dans une toxicité individuelle naïve de traitement ou une toxicité aiguë lors d'une utilisation chronique (Waring et al, 2006).

Lésions cérébrales traumatiques

Tableau J.1.2 Causes fréquentes de délires chez l'enfant et l'adolescent

Médical

- Fièvre
- Epilepsie non convulsivante
- Migraine de l'enfant
- Lupus érythémateux systémique
- Stade SIDA terminal

Secondaire au traitement

- Anticholinergique
- Antipsychotique
- Benzodiazépine (arrêt brutal)
- Abus de substance

Les enfants ayant des problèmes psycho-sociaux peuvent être plus à risque de traumatismes crâniens. Les comportements à risques tels que la consommation de drogues et un comportement autodestructeur peuvent mettre ces enfants et ces jeunes dans des situations qui peuvent entraîner une lésion cérébrale traumatique. Les enfants qui ont eu une blessure à la tête peuvent éprouver des maux de tête, des convulsions, une perte de conscience, des vomissements, une amnésie, ou une confusion. Les enfants avec une blessure à la tête doivent être examinés par un clinicien expérimenté.

Les enfants et les jeunes qui sont médicalement instables, ont des signes vitaux anormaux, un score de Glasgow (GCS) inférieur à 15 ou un déficit neurologique focal, nécessitent une stabilisation médicale immédiate. Une grande étude canadienne multicentrique a déterminé que 4,1% des enfants qui se présentent avec une blessure à la tête ont une hémorragie intracrânienne et seulement 0,6% requerraient une intervention neurochirurgicale (et Osmond al, 2010). Un arbre décisionnel pour l'utilisation de la tomodensitométrie chez les enfants avec un traumatisme crânien a été développé par Osmond et al (2010). La présence d'un de ces facteurs devrait inciter le clinicien à demander un scanner cérébral dans le cadre d'un trauma crânien :

- Le score de Glasgow <15 à deux heures après une blessure
- Suspicion de fracture du crâne ouverte
- Historique d'aggravation de maux de tête
- Irritabilité à l'examen
- Tout signe de fracture de la base du crâne
- Grand hématome marécageux du cuir chevelu
- Mécanisme dangereux de la blessure.

Les enfants qui ne répondent pas aux critères de tomodensitométrie doivent être observés pour une période de six heures et renvoyés à la maison avec un adulte responsable. Les aidants doivent être avisés de demander des soins médicaux si le niveau de la conscience de l'enfant se détériore, avec des épisodes répétés de vomissements, des maux de tête ou l'aggravation de nouveaux symptômes neurologiques focaux après la sortie. Environ 20% des patients atteints d'un hématome épidural auront un intervalle de lucidité et de se détérioreront par la suite, dans les 24 heures. Cela souligne l'importance des bonnes recommandations de sortie.

Délire

Le délire peut être présent à n'importe quel âge et il est plus fréquent dans la population pédiatrique. Le délire est une conscience réduite et un changement de la cognition qui s'est développé sur une période de quelques heures à quelques jours et fluctue au fil du temps. Il y a un certain nombre de grandes catégories diagnostiques qui sont associées à un délire chez les enfants, celles-ci sont énumérées dans le tableau J.1.2. La présentation clinique d'un patient pédiatrique qui délire est très similaire à celle de l'adulte. Les symptômes communs incluent:

- Irritabilité et l'agitation
- Modification au cycle veille-sommeil
- Labilité de l'humeur

Cependant, les nuances qui peuvent être observés dans la population pédiatrique comprennent régression des stades de développement, réduit le contact visuel et inconsolable en dépit d'habitude la présence de soignants (Hatherill & Flisher, 2010). La présence des parents et d'objets familiers peuvent améliorer la résolution de l'état délirant. La gestion médicale du délire pédiatrique est controversée. Les molécules considérées sont les inclus : l'halopéridol 0,15-0,25 mg/dose IV et rispéridone 0,1-0,2mg/kg par voie orale. L'utilisation de benzodiazépine peut avoir un effet désinhibiteur et pourrait exacerber le délire.

CONFIDENTIALITÉ AUX URGENCES

La confidentialité est un élément clé de la relation médecin-patient. Il est important que les enfants, les jeunes et leurs parents apprécient et comprennent quand l'information du patient sera gardée confidentielle et quand elle doit être divulguée à des tiers telles que les agences de protection de l'enfance. Les limites de la confidentialité doivent être clairement établies au début de l'évaluation. Bien qu'il puisse y avoir une variabilité dans la législation ou la pratique entre les différents pays et selon l'âge du patient, la confidentialité doit être maintenue sauf si l'enfant ou le jeune est à risque pour lui-même (risque de suicide) ou de blesser les autres (risque d'homicide) ou si quelqu'un leur nuit (la maltraitance des enfants). Ces situations permettent la rupture de la confidentialité afin de poursuivre une évaluation appropriée et le suivi.

Les jeunes présentant des problèmes de santé mentale peuvent être préoccupés par la quantité d'information qui sera partagée avec leurs parents. Délimiter les limites de la confidentialité devrait réduire ces inquiétudes. Si l'enfant comprend l'importance de préserver la confidentialité (avec les exceptions décrites ci-dessus), il peut être plus susceptible de s'ouvrir et de parler plus ouvertement de leurs symptômes et préoccupations.

En général, les cliniciens peuvent recevoir une information illimitée des parents et d'autres sources (personnel de l'école, la police, les aidants naturels) concernant l'enfant ou le jeune sans nécessiter le consentement du patient, mais ne devrait pas partager l'information avec les parents et les autres sources sans le consentement d'un patient (avec les exceptions mentionnées), même si cela peut varier selon les pays.

La législation de protection des renseignements personnels varie d'un pays à l'autre et souvent au sein des pays. Certaines juridictions autoriseront un clinicien à communiquer des informations cliniques sur un patient avec d'autres professionnels de santé réputés se situer dans le «cercle de soins», sans le consentement écrit du patient. Il y a aussi des variations de l'âge auquel les patients peuvent donner leur consentement pour la divulgation de renseignements médicaux- 16 ans dans de nombreux pays. Il est crucial que les cliniciens soient à jour avec leur législation locale (voir le chapitre A.1).

RÉSUMÉ

L'évaluation clinique de l'enfant et l'adolescent exige une évaluation systématique aux urgences psychiatriques rapide et concise d'une maladie psychiatrique aiguë, de problèmes aigus psycho-sociaux et des complications médicales graves qui peuvent survenir chez ces patients. L'évaluation et le traitement

chez les enfants et les adolescents aux urgences nécessitent un travail d'équipe comprenant idéalement un pédopsychiatre, un travailleur social, du personnel infirmier et un médecin urgentiste. Une fois que les complications médicales sont maîtrisées, l'objectif principal d'une évaluation psychiatrique d'urgence est de déterminer le risque pour la sécurité patient.

REFERENCES

- Aichorn W, Santeler S, Stelzig-Schöler R et al (2008) [Prevalence of psychiatric disorders among homeless adolescents]. *Neuropsychiatrie*, 22:180-188.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fourth edition. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Baren JM, Mace SE, Hendry PL et al (2008) Children's mental health emergencies-part 2: emergency department evaluation and treatment of children with mental health disorders. *Pediatric Emergency Care*, 24:485-498.
- Birmaher B, Brent D, Bernet W et al (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46:1503-1526.
- Bogenschutz MP, Quinn DK (2001) Acronyms for substance use disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62:474-475.
- Boyer EW (2005) The serotonin syndrome. *The New England Journal of Medicine*, 352:1112-1120.
- Braden NJ, Jackson JE, Watson PD (1986). Tricyclic antidepressant overdose. *Pediatric Clinics of North America*, 33:287-97
- Brent DA, Perper JA, Allman CJ et al (1991). The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicides: a case-control study. *Journal of the American Medical Association*, 266:2989-2995.
- Brent DA, Perper JA, Mortiz G et al (1993) Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32:521-529.
- Bronstein, Alvin C, Cantilena LR et al (2010). Annual report of the American Association of Poison Control Centers' national poison data system (NPDS): 27th annual report. *Clinical Toxicology*, 48: 979-1178.
- Carandang C, Kratochvil C, Scahill L, Martin A (2010). Running a pediatric psychopharmacology clinic: practical aspects. In: Martin A, Scahill L, Kratochvil C (eds) *Pediatric Psychopharmacology: Principles and Practice*, 2nd edition. Oxford: Oxford University Press.
- Carandang CG, Martin A (2009) Clinical assessment of children and adolescents with depression. In: Rey JM and Birmaher B (eds) *Treating Child and Adolescent Depression*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 23-40.
- Centers for Disease Control and Prevention (2010). *Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS)*.
- Dallam S (1997). The identification and management of self-mutilating patients in primary care. *The Nurse Practitioner*, 5:151-165.
- Dart RC, Erdman AR, Olson KR et al (2006). Acetaminophen poisoning: an evidence-based consensus guideline for out-of-hospital management. *Clinical Toxicology*, 44:1-18.
- Dayalu P, Chou KL (2008) Antipsychotic-induced extrapyramidal symptoms and their management. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 9:1451-1462.
- Eaton DK, Kann L, Kinchen S (2010). *Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 2009*. Surveillance Summaries, Morbidity and Mortality Weekly Report MMWR 59 (SS-5):1-142.
- Eyer F, Stenzel J, Schuster T et al (2009). Risk assessment of severe tricyclic antidepressant overdose. *Human & Experimental Toxicology*, 28:511-519.
- Garvey KA, Penn JV, Campbell AL et al (2009). Contracting for safety with patients: clinical practice and forensic implications. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 37:363-370.
- Ghaemi SN (2003). *Mood Disorders: A Practical Guide*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Gould MS, Greenberg T, Velting DM et al (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42: 386-405.
- Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M et al (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 293:1635-1643.
- Granero Perez R, Ezpeleta Ascaso L, Domenech Massons JM et al (1998). Characteristics of the subject and interview influencing the test-retest reliability of the Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39:963-972.
- Hatherill S, Flisher AJ (2010). Delirium in children and adolescents: A systematic review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 68:337-344.
- Khouzam HR (2001) A simple mnemonic for the diagnostic criteria for post-traumatic stress disorder. *Western Journal of Medicine*, 174:424.
- Kowatch RA, Fristad M, Birmaher B et al (2005). Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44:213-235.
- Milburn NG, Rotheram-Borus MJ, Rice E et al (2006). Cross-national variations in behavioral profiles among homeless youth. *American Journal of Community Psychology*, 37:63-76. Miller RD et al (eds) (2009). *Miller's Anesthesia*, 7th Edition. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone.
- Newton AS, Ali S, Johnson DW et al (2009). A 4 year review of pediatric mental health emergencies in Alberta. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 11:447-454.

- Olson KR (2007). *Salicylates. Poisoning & Drug Overdose* (5th ed). McGraw-Hill Medical, pp333-335.
- Osmond MH, Klassen TP, Wells GA et al (2010). CATCH: a clinical decision rule for the use of computed tomography in children with minor head injury. *Canadian Medical Association Journal*, 182:341-348.
- Perry HE, Shannon MW (1998). Efficacy of oral versus intravenous N-acetylcysteine in acetaminophen overdose: results of an open-label, clinical trial. *The Journal of Pediatrics*, 132:149-52.
- Rao U, Chen L (2009). Characteristics, correlates, and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. *Dialogues in Clinical Neurosciences*, 11:45-62.
- Shaffer D, Pfeffer CR (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40:24S-51S.
- van Harten PN, Hoek HW, Kahn RS (1999). Acute dystonia induced by drug treatment. *British Medical Journal*, 319:623-626.
- Waring WS (2006). Management of lithium toxicity. *Toxicology Review*, 25:221-230.
- Wasserman D, Cheng Q, Jiang G (2005). Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry*, 4:114-120.
- Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A et al (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. *Bipolar Disorders*, 11:225-255.
-