

RÊVER D'UN AVAL AUX URGENCES PÉDIATRIQUES

Impact du centre ambulatoire intensif adolescents sur des adolescents suicidaires, accueillis aux urgences pédiatriques du Chu de Grenoble



L.Caubit¹, MD ; A.P. Michard Lenoir¹, MD ; N. Coulon², MD PhD

Correspondant : ncoulon@ch-alpes-isere.fr

¹ CHU Grenoble-Alpes, Centre de référence en protection de l'enfance, Pédiatrie polyvalente, Médecine légale et médecine sociale, Boulevard de la Chantourne, 38700 La Tronche, France.

² Centre ambulatoire intensif adolescents, CHAI = Centre Hospitalier Alpes-Isère, 3 Rue de la Gare, 38120 Saint-Egrève, France.



Introduction et contexte

Les conduites suicidaires chez les adolescents sont un problème majeur de santé publique : fréquence, gravité, accompagnement, prévention (1, 2). Le nombre de consultations aux urgences pédiatriques, pour ce motif, a explosé ces dernières années (3), avec des délais de prise en charge très variables sur le territoire français.

De plus, pédopsychiatrie et enfance en danger sont étroitement liées, mais peu de données (4) existent concernant la population de pédopsychiatrie reçue dans les Services d'Accueil des Urgences Pédiatriques = SAUP.

Après l'ouverture du centre ambulatoire intensif adolescents (unité pédopsychiatrique d'aval du CHAI, Centre Hospitalier Alpes-Isère, établissement spécialisé), l'étude avait pour objectif principal de comparer la durée d'hospitalisation au SAUP du CHU-GA et pour objectifs secondaires d'apprécier le taux de récurrences des tentatives de suicide (TS) durant les six premiers mois de suivi, et de présenter des données épidémiologiques descriptives de cette population avec une analyse épidémiologique des données de la protection de l'enfance.

Matériel et méthode

Étude rétrospective et prospective, monocentrique, descriptive et comparative, sur une période de 3 mois avant (période 1) et de 3 mois après (période 2), l'ouverture du centre ambulatoire intensif adolescents, le 19.04.2022.

Résultats

184 adolescents inclus, avec des données homogènes sur les deux périodes étudiées : âge moyen = 14.6 ans vs 14.7 ans, avec prépondérance féminine 91.3% vs 79.3% et des TS croissantes 31.5% vs 48.9% (p = 0.016).

Environ 10% des placements sont initiés au SAUP.

Pas de différence significative concernant la durée d'hospitalisation CHU-GA après l'ouverture de l'unité d'aval en pédopsychiatrie, mais une absence de récurrence si accueil sur le centre ambulatoire intensif adolescents.

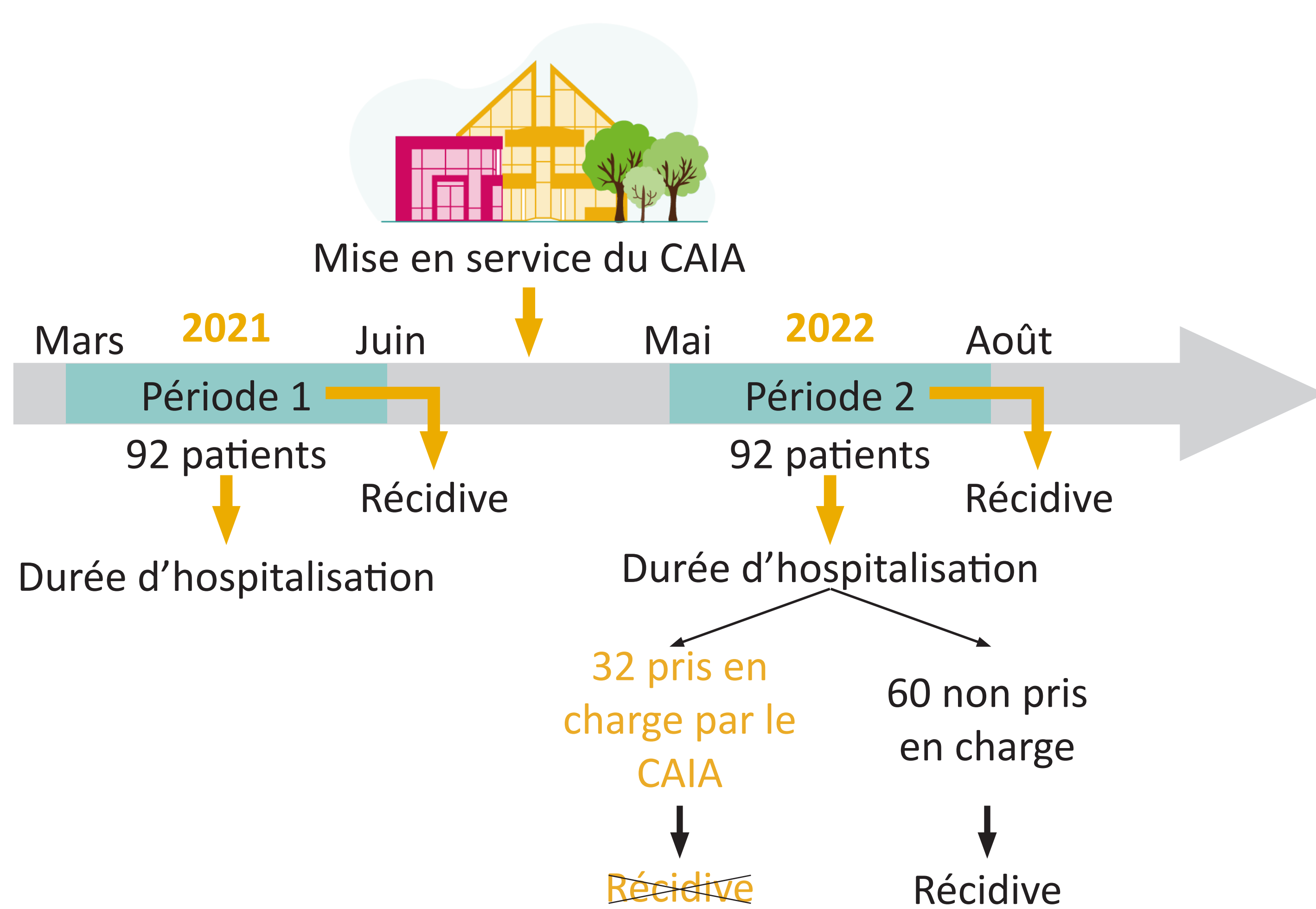


Tableau IX : Comparaison des critères de jugement dans le sous-groupe période 2

	CAIA non (N=60)	CAIA oui (N=32)	P
	N (%) ou med(25;75)	N (%) ou med(25;75)	
Durée UHCD	68 (41.8 ; 119.0)	85.5 (43.8;117)	0.740
Récidive à 3 mois	16 (26.7 %)	0 (0%)	0.001*
Récidive à 6 mois	22 (36.7 %)	0 (0%)	<0.001*

Tableau II : Description de la population, caractéristiques socio-judiciaires

	Période 1 (N=92)	Période 2 (N=92)	P
	N (%) ou med(25;75)	N (%) ou med(25;75)	
Fratrie nombre (N=170)	2 (2.00;3.00)	2 (2.00;3.00)	0.847
Position fratrie (N=159)			
- Aîné	- 33 (39.6%)	- 28 (36.8%)	0.490
Situation conjugale des parents (N=184)			
- Séparés	- 40 (47.1%)	- 54 (62.1%)	0.048*
Harcèlement scolaire (N=184)	19 (20.7%)	21 (22.8%)	0.721
Déscolarisé (N=184)	8 (8.7%)	12 (13.0%)	0.343
Violences sexuelles déclarées (N=184)	13 (14.1%)	23 (25%)	0.063
Violences conjugales (N=184)	8 (8.7%)	4 (4.3%)	0.232
Violences physiques déclarées (N=184)	4 (4.3%)	8 (8.7%)	0.232
Mode de vie (N=182)			
- Placement	- 10 (11.0%)	- 11 (12.1%)	0.817
- Parents	- 81 (89.0%)	- 80 (87.9%)	
Mesure judiciaire (N=184)	15 (16.3%)	15 (16.3%)	0.348
Mesure administrative (N=184)	23 (25%)	14 (15.2%)	0.098
Prise en charge médico-socio-judiciaire initiée pendant hospitalisation (N=184)	9 (9.8%)	10 (10.9%)	0.809

Conclusion

L'ouverture d'une unité d'aval en pédopsychiatrie des adolescents, le centre ambulatoire intensif adolescents, qui est venu renforcer les structures existantes sur le CHAI et le CHU, n'a pas réduit la durée d'hospitalisation sur les urgences pédiatriques, mais a montré une **réduction très significative du nombre de récurrences pour les patients accueillis.**

Importance de cet accueil d'aval avec un **regard pluridisciplinaire** nécessaire dès le SAUP, face à la **part non négligeable de jeunes bénéficiant d'un dispositif de protection de l'enfance.**

Références

- 1) OMS, Organisation Mondiale de la Santé (2014). Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131801>
- 2) OMS, Organisation Mondiale de la Santé (2014). La santé pour les adolescents du monde : une deuxième chance pour la deuxième décennie : sommaire. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/141452>
- 3) ONS, Observatoire National du Suicide et DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2022). SUICIDE Mesurer l'impact de la crise sanitaire, liée au Covid-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes. 5^{ème} rapport – Sept 2022. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/rapports/suicide-mesurer-limpact-de-la-crise-sanitaire-liee-au-0>
- 4) Martin-Blachais Marie-Paule (2017). Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_du_rapport_besoins_fondamentaux_de_l_enfant.pdf