



Journal Homepage: - [www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

## INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/18720

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/18720>



### RESEARCH ARTICLE

#### LE DISPOSITIF DE CONSULTATION DE CRISE A L'UNITE MEDICO PSYCHOLOGIQUE DES ADOLESCENTS AU CENTRE HOSPITALIER DE RODEZ : ETUDE TRANSVERSALE DE LA POPULATION DES MINEURS ACCOMPAGNES

Kaoutar El Ouazzani, Aurélien Chatagner, Mario Herera, Bouchra Aabbassi and Fatiha Manoudi

#### Manuscript Info

##### Manuscript History

Received: 15 March 2024

Final Accepted: 18 April 2024

Published: May 2024

#### Abstract

**Introduction:** Since the emergence of the COVID-19 pandemic in March 2020, and particularly since the beginning of 2021, there has been an increase in visits to emergency departments for mood disorders, suicidal gestures and thoughts, and even suicide attempts among adolescents. The crisis consultation service, which is linked to the child psychiatry department, was created to meet the growing demand for rapid interventions for minors. It provides assistance to adolescents aged 10 to 16 and their families in crisis situations requiring swift evaluation. Treatment does not exceed 3 months and aims to offer an alternative to hospitalization by providing outpatient care only during the crisis period.

**Objective:** The aim of this study is to observe the characteristics of the population served by this service and to explore the connections between the data in order to formulate hypotheses regarding its specificities.

**Methods:** We conducted a cross-sectional study using data collected during evaluations conducted during interviews with adolescents received at the facility between October 2021 and September 2023, taking into account various sociodemographic data, the reason for consultation, and the subsequent follow-up.

**Results:** There was greater activity in the service during the school term. The average age of our patients was 14.04 with a female predominance of 69%. Suicidal ideation was the most common reason for consultation, found in 35.6% of cases; 19% of adolescents were referred for emergency hospitalization.

**Conclusion:** Our study has allowed us to establish a sociodemographic profile and identify certain trends observed within the Crisis Consultation Center (DCC) of the Rodez Hospital, particularly the diversity of reasons for consultation. At a time when the health crisis is impacting the mental health of the entire population and increasing wait times for treatment, this service has an important role to play in the possible reorganization of mental health care offered by psychiatric medical centers.

Copy Right, IJAR, 2024,. All rights reserved.

### **Introduction:-**

La crise peut être définie « Moment temporaire de déséquilibre et de substitutions rapides remettant en question l'équilibre normal ou pathologique du sujet , avec une évolution ouverte et variable ,elle dépend tout autant de facteurs internes qu'externes » [1] .L'urgence en pédopsychiatrie correspond à une situation de crise pathologique qui s'associe à un sentiment de danger imminent ou de risque vital pour le jeune et/ou pour son entourage.

Le dispositif de consultation de crise est un service adossé au service de pédopsychiatrie, à l'interface De l'hospitalisation complète et du centre médico psychologique adolescent qui intervient auprès des adolescents de 10 à 16 ans et de leur entourage, dans les situations de crise nécessitant une évaluation rapide, dans les 72 heures .

Le suivi n'excède pas 3 mois et a pour objectif de proposer une alternative à l'hospitalisation en fournissant un suivi ambulatoire uniquement sur le temps de crise. Ce dispositif permet dans un premier temps, une plus grande réactivité face aux situations de crise et dans un second temps une réorientation éventuelle de l'enfant ou de l'adolescent. L'équipe se compose d'une psychologue, infirmier, une AS, un interne qui travaillent sous la supervision d'un pédopsychiatre Et à l'heure ou la crise sanitaire impacte la santé mentale de l'ensemble de la population et augmente le délais des prises en charge était manifestement prolongé. Ce dispositif de consultation de crise (DCC) a tout son indication dans la réorganisation de l'offre de soins des Centres Médico psychologiques ( CMP) en permettant aux soignants de signaler les situations les plus urgentes qui bénéficierait alors de prise en charge spécifique .

### **Problématique :**

A ce jour, le CMP reçoit 5 demandes de nouvelles consultations par semaine, dans 99% un suivi de l'adolescent est nécessaire, d'où une □ Saturation des plages de consultation .En 2020 une augmentation des consultations aux urgences pédiatriques pour des motifs psychiatriques avec une augmentation de tentatives de suicide pour des jeunes qu'on ne connaissait pas MAIS qui était sur notre liste d'attente . Le Délais moyen pour avoir une consultation était en moyenne 6 mois ! Le CMP n'est pas en mesure d'avoir la réactivité suffisante face aux situations de crises . Cette situation rend d'autant plus complexe l'accès aux soins pédopsychiatrique, et a pour conséquence le recours aux services d'urgence et à des hospitalisations initialement évitables.

### **Matériels et Méthodes:-**

Nous avons réalisé une étude descriptive et transversale ,Portant sur 100 adolescents admis dans le DCC depuis Octobre 2022 à Septembre 2023 .Les données étaient recueilli à travers les dossiers des patients reçus en DCC :

1. Age
2. Le sexe
3. Le niveau scolaire
4. Motif d'orientation DCC

Eléments psychopathologiques : facteurs déclenchant ont été regroupés en 3 catégories :

- 1) Intrafamilial : séparation parentale, divorce, placement, conflit, modification de droit de visite)
  - 2) Extra familial : agressions physique, attouchement, harcèlement scolaire
  - 3) Individuel (consommation de toxiques, chute des résultats scolaires, problématique liée au réseau sociaux, Grossesse) -Signes associés
    - ATCD personnels ou familiaux
    - Un suivi antérieur
    - Les motifs de consultations
    - L'orientation proposé
- Les données ont été analysé avec le logiciel Excel 2012

### **Les critères d'inclusion sont :**

Etre un adolescent entre 12 et 16 ans résidant ou scolarisés dans le secteur, qui ne sont pas reconnus de notre service et qui rencontrent une situation de crise.

Adolescents déjà connus mais qui n'ont pas ou plus de suivi en cours des six derniers mois sur les CMP.

L'objectif est de programmer une consultation de crise dans un délais allant de 24h à 72 heures suivant l'appréciation médicale de la situation avec des rendez-vous rapproché voir un à 2 rendez-vous par semaine durant 3 mois.

**Critère d'exclusion :**

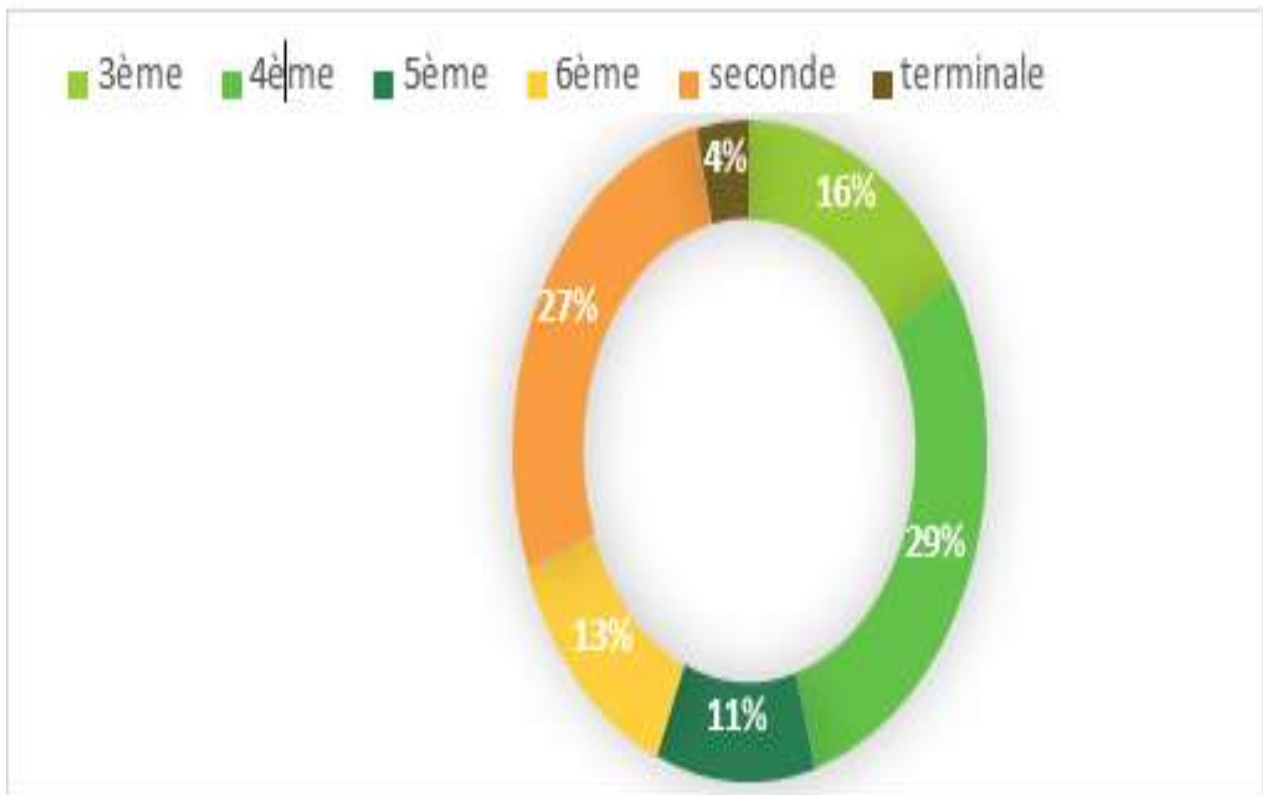
Lorsque le mineur a un suivi antérieur par un professionnel du service ou s'il est suivi au moment de l'appel, il est redirigé vers son médecin référent.

**Résultats:-**

**Données épidémiologiques :**

Les données sont analysées pour 100 patients adolescents , qui ont consulté depuis le démarrage du dispositif depuis Octobre 2022 à Septembre 2023.

1. Moyenne d'âge : 13,04 avec une prédominance féminine à 73%
2. Niveau scolaire :



**Figure 1:-** Répartition des patients selon le niveau scolaire.

29% de nos patients étaient scolarisés en 4ème année ,27% en seconde , 16 % en classe de 3ème .

**Adressage :**

• Les mineurs étaient adressés vers le service par des acteurs du sanitaire , 37% par les urgences pédiatriques ,32% par les assistantes sociales , 17% par leur médecin traitant. Mais aussi par des demandes qui émanaient directement des parents dans 5% des cas.

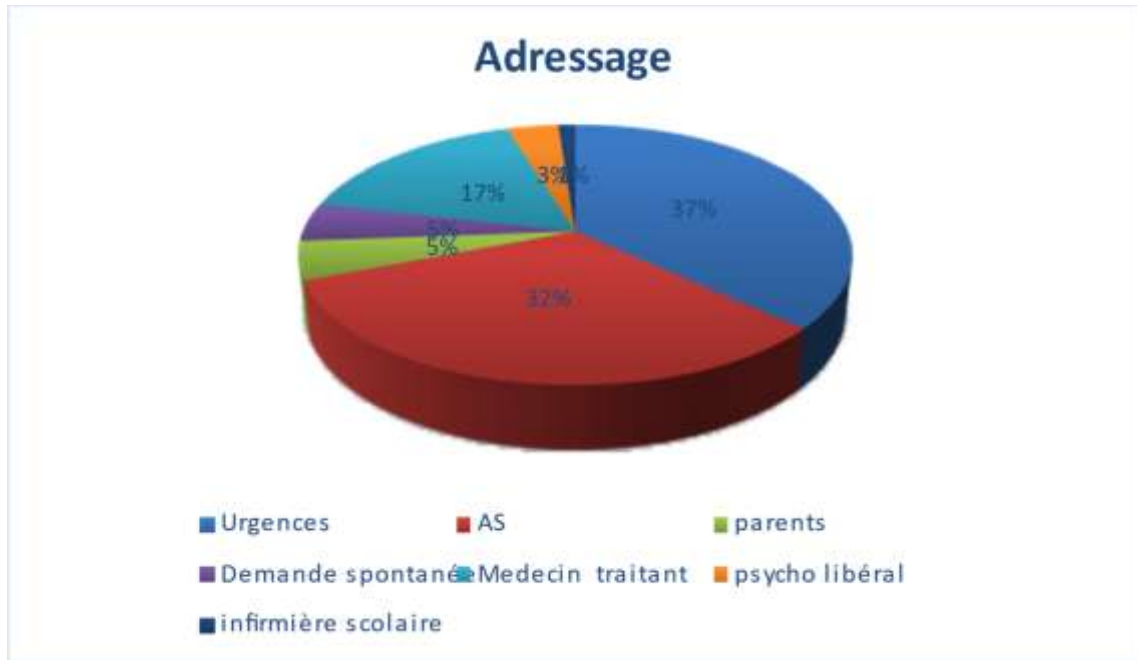


Figure 2:- Répartition des patients selon l’adressage.

**Motif de consultations :**

Le principal motif de consultation était la présence d’idéations suicidaires dans 51% des cas; des ingestions médicamenteuses volontaires et la déscolarisation dans 16% .

**MOTIF PRINCIPALE DE LA DEMANDE**

■ ESA ■ IDS ■ CC ■ IMV ■ Déscolarisation

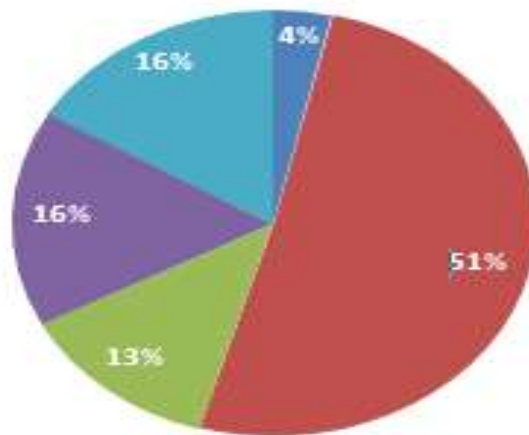


Figure 3:- Répartition des patients selon le motif de consultation.

**Facteur déclenchant de la crise :**

Le facteur déclenchant est souvent l ’élément percuteur de la crise ; Dans 49 % c’était dans le cadre extrafamiliale qui englobent agressions physique, attouchement, harcèlement scolaire , echec scolaire , intrafamiliale dans 29 % des cas ( séparation parentale, divorce, placement, conflit, modification de droit de visite) et non déterminé dans 22% des cas .

**Répartition du nombre des patients selon le mois de consultation :****Figure 3:-** Répartition selon les mois.

On note deux pics de consultation en mois de Décembre et en mois de Juin.

**Antécédents Familiaux :**

Chez 18 % de nos patients, un parent de 1er degré avait ou a toujours un suivi psychiatrique

**ATCD Personnels :**

33% des adolescents présentaient des épisodes d'automutilations à type de scarification au cours de leur consultation.

**Orientation après le suivi :**

Une hospitalisation en urgence n'a été proposé que dans 20 % des cas. 50% des jeunes étaient adressés pour un suivi en ambulatoire au CMP adolescent . Alors que 20% des patients étaient réparties selon leur demande vers une psychologue en secteur libéral ou en CMP adulte , alors qu'un arrêt était nécessaire dans 10% soit selon la demande du patient (5%) ou après résolution de la crise.

**Discussion:-**

La majorité des mineurs était de sexe féminin ce qui concordait avec d'autres articles publiés dans ce sens[2].

Dans notre étude les résultats montrent que l'activité était essentiellement concentrée en mois de Décembre ce qui concorde avec d'autres études ou l'activité était concentré entre Septembre et Juin, avec une activité moindre en période de vacances scolaires [2]. Ce résultat serait le fait de la baisse de la pression scolaire, institutionnelle et probablement parentale .

Pour le facteur déclenchant, et qui est souvent le motif percuteur de la crise, qui pousse le système à interpellier l'extérieur afin d'être aidé, alors que ce facteur déclenchant ne vient parfois que pour confirmer la nature crisisque (Morin, 2016) de certaines situations .Les Facteurs déclenchantes retrouvés dans notre étude, sont, le plus souvent extrafamiliale, ce qui est le cas selon les description mené dans la littérature surtout pour la tranche d'âge entre 10 et 13 ans .La moyenne d'âge des mineurs de notre étude semble coïncider avec la fin de la période du primaire et le début du collège, période à laquelle les problèmes touchent tous les sphères, familiale, scolaire et lien avec les pairs[3].

L'adolescent est en relation avec d'autres milieux sociaux que sa famille [4]. Cette augmentation de relations majore le risque que des sources extérieures aient un impact sur lui et, par conséquent, augmente l'occurrence de facteur déclenchant extrafamilial.

Nous pouvons supposer que le facteur déclenchant est souvent l'élément qui va entraîner un changement de fonctionnement dans le système en crise. Il n'est pas le facteur causal de la crise, mais peut être l'élément qui la précipite et qui lui fait atteindre son acmé en faisant ainsi dépasser à l'entourage et/ou au patient leurs capacités d'adaptation.

Comme décrit précédemment, une majorité de mineurs n'avaient pas de suivi psychiatrique ou psychologique antérieur et au moment de l'appel. Le seul suivi sanitaire était celui fait par le médecin traitant. À ce sujet, les conclusions de A. Piquier montrent que la quasi-totalité des mineurs, entre 11 et 15 ans, adressés aux urgences, ont déjà été en relation avec des soignants [4].

Du fait de la possibilité de mobilisation du/des systèmes d'accompagnement autour du mineur notamment la famille, le travail ambulatoire lors d'une crise permettrait, selon M. Robin et al., d'offrir une alternative à l'hospitalisation [5]. Le travail thérapeutique s'appuie ainsi sur l'entourage des mineurs, notamment leurs familles, qui montrent peu de refus selon les auteurs. Ces derniers constatent peu de ruptures de suivi et encore moins de refus de participation [6].

Au total, ce type de dispositif de crise paraît nécessaire à la première ligne des soins psychique que sont les CMP pédopsychiatriques et psychiatriques, afin de faire face à l'hétérogénéité des demandes, délai de réponse attendu, orientation vers des consultations spécifiques (ex : autisme, hyperactivité, schizophrénie débutante).

Nos résultats et les apports de la littérature précisent qu'il est difficile d'établir des protocoles clairs d'urgences et de crise. L'orientation initiale vers l'un ou l'autre ne peut se baser uniquement sur un profil sociodémographique et psychopathologique.

#### **Limites de l'étude :**

L'échantillon et la durée de l'étude

#### **Conclusion:-**

La crise en psychiatrie représente un moment intense qui traduit la transition d'un système et la possible expression de symptômes. Notre étude a permis de dresser un profil sociodémographique de familles et de mineurs qui ont été orientés vers un dispositif de crise de pédopsychiatrie. Nous avons également décrit le type de situations rencontrées et montré certaines tendances cliniques observées au sein du DCC.

La multiplicité des motifs de consultation traduit l'absence de réponse protocolisée à la crise et la nécessité de diversifier les approches (familiales, individuelles, psychothérapeutiques, médicamenteuses). Le dispositif se doit donc d'évoluer en concertation avec les partenaires qu'il sollicite (urgences, partenaires socioéducatifs, médecins généralistes, etc.). Il est également primordial qu'un tel dispositif puisse s'adresser aussi bien aux enfants qu'aux adolescents. La diversité des types de consultations, qu'il s'agisse de problématiques comportementales, de symptomatologies dépressives, de prévention, ou encore de décrochage scolaire, confère finalement à ce dispositif toute son indication dans l'offre de soins des CMP et semble donc pertinent pour l'organisation de dispositifs d'aval spécifiques et généralistes afin que puissent s'étoffer les possibilités de réponse aux besoins d'une société où les crises s'accumulent financière, économique, sanitaire, climatique.

#### **Références:-**

- [1] Dorsaz O. Les Centres de thérapies brèves dans la psychiatrie genevoise : perspective historique et point de vue actuel des patients [Thèse d'exercice]; <https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:391>, <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:391>. Geneve, Suisse: Université de Genève; 2006.
- [2] Denis J, Vermeiren E, Deschietere G. Soins médicopsychologiques dans une unité de crise et d'urgences psychiatriques. *Ann Fr Med Urgence* 2012;
- [3] Medistica. Pvalue.io, une interface graphique au logiciel de statistique R pour les publications scientifiques médicales [Internet]. [cité 5 septembre 2019]. Disponible sur : <https://www.pvalue.io>.

- [4] Pinquier A, Vignes M. Des enfants dans l'urgence. *Empan* 2011;4(84):56.
- [5] Deboutte D, Smet M, Walraven V, Janssens A, Obyn C, Leys M. L'urgence psy-chiatrique pour enfants et adolescents–KCE Reports 135B [Internet]; 2010.[cite 7 aout 2019]. Disponible sur : <https://www.yumpu.com/en/document/read/42141511/lurgence-psy-chiatrique-pour-enfantset-adolescents-ligue70>.
- [6] Jeammet P. Paradoxes et dépendance à l'adolescence. Paris: Éditions Fabert;2014. p. 64.[6] Speranza M, Laudrin S. Accueil d'urgence en pédopsychiatrie. *Enfances Psy*2002;2(18):84–91.