

TROUBLES SOMATOFORMES

Olivia Fiertag, Sharon Taylor, Amina Tareen & Elena Garralda

Edition en français
Traduction : Virginie Stalin
Sous la direction de : Priscille Gérardin
Avec le soutien de la SFPEADA



The Sick
Child.
Gabriel Metsu
(c1660)
Rijksmuseum,
Amsterdam

Olivia Fiertag MBChB,
MRCPsych

Specialty trainee in child and adolescent psychiatry, Barnet, Enfield and Haringey Mental Health NHS Trust and honorary lecturer at Imperial College, Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, St Mary's Hospital, London, UK

Conflict of interest: none declared

Sharon Taylor BSc, MBBS,
MRCP, MRCPsych,
CASLAT, PGDip

Consultant child and adolescent psychiatrist; honorary lecturer at Imperial College Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, St Mary's Hospital, London; vertical module tutor at University College London Medical School, London, UK

Conflict of interest: none declared

Amina Tareen MBBS,
MRCPsych

Consultant child and adolescent psychiatrist, Barnet, Enfield and Haringey Mental Health NHS Trust and Honorary Teaching Fellow, Imperial College, London, UK

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 2017. 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 : Fiertag O, Taylor S, Tareen A, Garralda E. Somatoform disorders. 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 symptômes fonctionnels (somatiques) sont très fréquents chez les enfants et les adolescents, qui ont souvent des difficultés à exprimer leurs sentiments et leurs émotions par le langage. C'est pourquoi la détresse psychologique peut s'exprimer par des symptômes fonctionnels. Les parents ont généralement conscience que leurs enfants puissent parfois présenter des symptômes somatiques s'ils sont préoccupés par quelque chose ou s'ils essaient d'éviter quelque chose. La plupart des parents vont naturellement minimiser l'importance de ces symptômes et essayer d'en trouver la cause. Cette tactique aide les enfants à apprendre des stratégies pour faire face aux situations de stress du quotidien. Cependant, malgré cela, les symptômes persistent parfois. Il semble que 2% à 10% des enfants de la population générale se plaignent de douleurs (par exemple, douleurs d'estomac, douleurs articulaires, céphalées) qui sont probablement médicalement inexplicables. Le terme de « symptômes médicalement inexplicables » se réfère à tous les symptômes fonctionnels gênants ou récurrents qui n'ont pas d'explication médicale reconnue. Les symptômes fonctionnels inexplicables peuvent causer peu de difficultés, mais parfois ils conduisent à un état de détresse, une altération du fonctionnement et à un comportement de recours aux soins de santé, comme dans les troubles somatoformes.

Les atteintes fonctionnelles peuvent se produire à tout âge et avec différents niveaux de sévérité chez les enfants présentant des symptômes somatiques médicalement inexplicables. Ces symptômes, en particulier lorsqu'ils sont multiples, ont tendance à être associée à des problèmes psychologiques. Il est démontré que, même chez les très jeunes enfants (en âge d'aller à l'école maternelle), ceux qui présentent des symptômes somatiques fréquents ont significativement plus tendance à avoir des problèmes comportementaux et émotionnels, à ne pas être aller en crèche et à se rendre régulièrement à des consultations médicales (Domenech-Llaberia et al, 2004). Ces enfants pourraient également avoir un risque accru de présenter d'autres symptômes fonctionnels et difficultés psychologiques plus tard dans l'enfance ou l'adolescence.

Il existe de nombreuses façons dont les symptômes fonctionnels et psychologiques interagissent. En réalité, aucune maladie n'est purement physique ou psychologique –après tout, on ne peut pas séparer le corps de l'esprit. Chez les patients présentant de façon répétée des symptômes fonctionnels, en particulier, mais pas exclusivement, et si ceux-ci sont médicalement inexplicables, il est essentiel de considérer la détresse psychologique sous-jacente. Ce chapitre se concentrera sur les troubles psychiatriques qui s'accompagnent de symptômes fonctionnels. Le tableau I.1.1 résume les différentes façons dont les aspects fonctionnels et psychologiques sont liés.

QU'EST-CE QUE LA SOMATISATION ?

La somatisation décrit une constellation de signes cliniques et comportementaux indiquant qu'une personne est en train d'expérimenter et de communiquer une détresse psychologique par le biais de symptômes fonctionnels (somatiques) qui ne sont pas dus à une pathologie organique ; la personne attribue ces symptômes à une maladie physique ce qui l'amène à consulter un médecin. Dans la somatisation, la production des symptômes n'est généralement pas sous le contrôle conscient. Cependant, chez les enfants et les adolescents, il est particulièrement difficile d'établir le niveau de contrôle conscient.

Conflict of interest: none declared

Elena Garralda MD, MPhil, FRCPsych, FRCPCH

Professor of child and adolescent psychiatry, Imperial College London, and honorary consultant in child and adolescent psychiatry with CNWL Foundation NHS Trust, London, UK

Conflict of interest: none declared

Table I.1.1 Différentes façons de lier les aspects physique et psychologique d'une maladie

Nature de l'association	Exemple
la détresse psychologique / les troubles psychiatriques peuvent présenter des symptômes physiques	un enfant présentant des douleurs abdominales récurrentes d'origine non organique
complications physiques des problèmes psychiatriques	un enfant présentant une insuffisance hépatique suite à une tentative d'autolyse médicamenteuse au paracétamol
conséquences psychiatriques d'une pathologie organique et de son traitement	un enfant avec une drépanocytose développant une dépression secondaire à la dégradation de son état physique
effets d'un trouble psychiatrique sur une pathologie organique	un enfant avec diabète et une phobie des aiguilles refusant le traitement, qui conduit à une aggravation de la maladie

Troubles somatoformes

Les manuels diagnostiques actuels (DSM IV et CIM-10) sont en cours de révisions. Il est probable que les troubles somatoformes soient redéfinis dans ces nouvelles versions (disponibilité prévue en 2013). Le paragraphe ci-dessous décrit leur classification actuelle.

La DSM-IV décrit les troubles somatoformes par:

- (i) La présence de symptômes physiques faisant évoquer une affection médicale générale, mais qui ne peuvent s'expliquer complètement ni par une affection médicale générale, ni par l'abus de substances ou par un autre trouble mental
- (ii) Les symptômes doivent être à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines.
- (iii) Les symptômes physiques ne sont pas volontaires (c.-à-d. sous le contrôle de la volonté).

La DSM-IV divise les troubles somatoformes en *trouble de la somatisation*, *trouble somatoforme indifférencié*, *trouble de conversion*, *trouble douloureux*, *hypocondrie*, *dysmorphophobie*, *trouble somatoforme non spécifié* (incluant les plaintes physiques inexplicables, par ex., la fatigue). Les troubles dissociatifs (ceux où il y a habituellement une interruption dans les fonctions normales d'intégration de la conscience, de la mémoire, de l'identité et des perceptions) sont classés séparément.

La CIM-10 décrit les troubles somatoformes par :

- (i) L'apparition de symptômes physiques, associés à
- (ii) Des demandes persistantes pour des investigations médicales en

Table I.1.2 Critères diagnostiques des troubles somatoformes communs chez les enfants et adolescents

CIM-10	DSM-IV
Troubles somatoformes	
<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes physiques multiples, récurrents et variables dans le temps, persistant au moins deux ans. • La plupart des patients entretiennent depuis longtemps des relations complexes avec les services médicaux spécialisés et non spécialisés, et ont subi de nombreuses investigations ou interventions exploratrices négatives. • Les symptômes peuvent renvoyer à n'importe quel système ou partie du corps. • Le trouble a une évolution chronique et fluctuante. • Il s'accompagne souvent d'une altération du comportement social, interpersonnel et familial. 	<ul style="list-style-type: none"> • La présence de symptômes physiques faisant évoquer une affection médicale générale, mais qui ne peuvent s'expliquer complètement ni par une affection médicale générale, ni par un autre trouble mental. • Les symptômes doivent être à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines. • Les symptômes physiques ne sont pas volontaires. • Aucune affection médicale générale ne peut être diagnostiquée pour rendre compte complètement des symptômes physiques.
F45.4: Syndrome douloureux somatoforme persistant	Trouble douloureux (associé à des facteurs psychologiques [307.80], associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale [307.89])
<ul style="list-style-type: none"> • La plainte essentielle concerne une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique. • Il survient dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble. • Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrue de la part de son entourage et des médecins. 	<ul style="list-style-type: none"> • Une douleur dans une ou plusieurs localisations anatomiques est au centre du tableau clinique, et cette douleur est d'une intensité suffisante pour justifier un examen clinique. • La douleur est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants. • On estime que des facteurs psychologiques jouent un rôle important dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation ou la persistance de la douleur. Le symptôme ou le déficit n'est pas produit intentionnellement ou feint. • Le symptôme ou le déficit n'est pas produit intentionnellement ou feint. • La douleur n'est pas mieux expliquée par un Trouble de l'humeur, un Trouble anxieux ou un Trouble psychotique.
F44: Troubles dissociatifs [de conversion]	300.11: Trouble de conversion
<ul style="list-style-type: none"> • Perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience de l'identité ou des sensations immédiates et du contrôle des mouvements corporels. (Il existe des orientations spécifiques supplémentaires pour les caractéristiques cliniques qui se produisent dans chaque type de troubles dissociatifs : par exemple, l'amnésie dissociative, fugue, stupeur et les troubles moteurs dissociatifs). • L'examen médical et les examens complémentaires ne permettent pas de mettre en évidence un trouble physique connu, en particulier neurologique. • On admet qu'ils sont psychogènes, dans la mesure où ils surviennent en relation temporelle étroite avec des événements traumatiques, des problèmes insolubles et insupportables ou des relations interpersonnelles difficiles. • La possibilité de survenue d'un trouble physique ou psychiatrique grave à une date ultérieure doit toujours être gardée à l'esprit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un ou plusieurs symptômes ou déficits touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensibles ou sensorielles suggérant une affection neurologique ou une affection médicale générale. • On estime que des facteurs psychologiques sont associés au symptôme ou au déficit parce que la survenue ou l'aggravation du symptôme est précédée par des conflits ou d'autres facteurs de stress. • Le symptôme ou déficit n'est pas produit intentionnellement ou feint. • Après des examens médicaux appropriés, le symptôme ou le déficit ne peut pas s'expliquer complètement par une affection médicale générale, ou par les effets directs d'une substance, ou être assimilé à un comportement ou une expérience culturellement déterminés. • Le symptôme ou le déficit est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, ou bien justifie une évaluation médicale. • Les symptômes ou le déficit ne se limitent pas à une douleur, ne surviennent pas exclusivement au cours de l'évolution d'un Trouble somatisé et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Table I.1.2 (suite)	
ICD-10	DSM-IV
<p>F48 : Neurasthénie (syndrome de fatigue chronique)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plainte concernant une fatigue accrue après des efforts mentaux, souvent associée à une certaine diminution des performances professionnelles et des capacités à faire face aux tâches quotidiennes. • Au moins deux symptômes parmi : douleurs musculaires / douleurs, étourdissements, céphalées de tension, troubles du sommeil, l'incapacité à se détendre, l'irritabilité, dyspepsie. • Les symptômes autonomes ou dépressifs présents ne sont pas suffisamment persistants et sévères à remplir les critères pour un autre trouble plus spécifique. • Des variations culturelles considérables se produisent dans la présentation de ce trouble. 	

dépit des résultats négatifs et d'une réassurance médicale,

(iii) Le patient résiste souvent lorsqu'est évoquée la possibilité d'une origine psychologique.

La CIM-10 divise ces troubles en *somatisation, trouble somatoforme indifférencié, trouble hypocondriaque, dysfonction neurovégétatif somatoforme, syndrome douloureux somatoforme persistant, et autres troubles somatoformes*. D'autres troubles, par exemple les troubles dissociatifs (troubles de conversion dans la DSM-IV) et la neurasthénie (syndrome de fatigue chronique) ayant également pour caractéristique principale d'avoir une somatisation sont classés séparément dans la CIM-10.

Parmi tous ces troubles somatoformes, *le syndrome douloureux somatoforme persistant, le trouble dissociatif de conversion et le syndrome de fatigue chronique (neurasthénie)* sont les plus fréquemment retrouvés chez les enfants et adolescents. Un résumé des critères spécifiques pour ces troubles sont résumés dans le Tableau I.1.2.

Un fardeau

Les enfants atteints de troubles somatoformes ont tendance à se présenter aux urgences et aux pédiatres plutôt qu'aux psychiatres car ils présentent des symptômes physiques et les familles attribuent ces symptômes à une cause organique et non psychologique. Le comportement de recherche de soins médicaux qui accompagne ces symptômes conduisent souvent à de nombreux (et potentiellement douloureux) examens médicaux et traitements avant que la nature psychologique des symptômes soit identifiée. Les familles sont souvent sceptiques sur l'intérêt d'une évaluation psychiatrique ou de santé mentale. Elles peuvent continuer la poursuite d'examen diagnostiques d'une pathologie organique. Ces examens supplémentaires participent à renforcer le sentiment du patient et de la famille qu'il existe une cause physique sous-jacente. Tout ceci entraîne un bouleversement important chez le patient et sa famille ainsi qu'un gaspillage de ressource. Les enfants peuvent manquer l'école pour assister aux multiples rendez-vous médicaux et les parents doivent prendre sur leur temps de travail pour

s'occuper de leur enfant et les amener en consultation. Une expertise est nécessaire pour l'évaluation et la prise en charge de ces cas afin d'éviter un impact potentiel important sur les patients, leur famille, les services médicaux et la société.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Les connaissances sont limitées concernant l'incidence exacte ou la prévalence des différents troubles somatoformes. Cependant, l'épidémiologie des plaintes somatiques en général, des facteurs psychosomatiques et des symptômes médicalement inexpliqués est mieux documentée.

Plaintes somatiques, symptômes médicalement inexpliqués et facteurs psychosomatiques

Des symptômes médicalement inexpliqués sont rapportés chez 10% des enfants consultant les médecins généralistes ou pédiatres. Cependant, en considérant tous les enfants exprimant une plainte physique où les docteurs identifient des facteurs psychologiques associés ou contributifs, des facteurs psychosomatiques sont identifiés dans 25 à 50% des cas.

Des études menées dans différents pays ont trouvées que ¼ des enfants se plaignaient d'au moins un type des symptômes somatiques chaque semaine ou tous les 15 jours. Les symptômes somatiques les plus fréquents sont les douleurs abdominales, les céphalées et les douleurs musculaires ou articulaires. Des symptômes somatiques récurrents et gênants sont retrouvés chez 2 à 5% des enfants et adolescents (Garralda, 2005)

Troubles somatoformes

L'étude « German Early Developmental Stages of Psychopathology project » a évalué la fréquence des troubles somatoformes parmi les 14-24 ans, trouvant que 12% avaient eu durant leur vie au moins un trouble somatoforme. Les troubles somatoformes étaient associés à un faible niveau socio-économique (à l'exception du trouble douloureux qui était plus fréquemment retrouvé dans le niveau socio-éducatif supérieur – Université) (Lieb et al, 2000).

Syndrome de fatigue chronique

Aux Etats-Unis, la prévalence des symptômes associés au syndrome de fatigue chronique chez les enfants et adolescents est estimée à 2%. (Jordan et al, 2000; Garralda & Chalder, 2005). Mais le véritable syndrome de fatigue chronique est bien plus rare (0,19% en Grande-Bretagne) (Chalder et al, 2003; Garralda & Chalder 2005).. Il semble que la distribution géographique du syndrome de fatigue chronique soit inégale selon les pays, avec davantage de cas décrits dans les pays occidentaux de l'hémisphère nord.

Trouble de conversion

La prévalence du trouble de conversion dans le monde est inconnue. Cependant, une étude de surveillance nationale en Australie chez les enfants âgés de moins de 16 ans diagnostiqués pour un trouble de conversion et suivis par des pédiatres indique que le trouble de conversion est rare (incidence de 2,3-4,2 pour 100 000 enfants) (Kozlowska et al, 2007).

Douleurs abdominales fonctionnelles

L'étude d'Apleys (1975) montre que 10% (12% pour le sexe féminin, 9% pour le sexe masculin) des enfants dans la population générale ont eu au moins 3 épisodes de douleurs abdominales fonctionnelles suffisamment sévères pour affecter leur activité et fonction sur une période de 3 mois, bien que seulement une partie de ces enfants répondent aux critères souhaités des troubles somatoformes cliniques.

Age d'apparition/de survenue et sexe

La majorité des douleurs et troubles indifférenciés débutent dans l'enfance et la préadolescence. Cependant, les troubles de conversion ont tendance à apparaître plus tard, avec un âge médian de survenue de 16 ans. La fréquence des symptômes abdominaux augmentent entre 3 et 9 ans puis cessent d'augmenter à l'adolescence. Les céphalées sont moins fréquentes en âge préscolaire que chez les enfant plus âgés et les adolescents. Chez le sexe féminin, l'âge de survenue du trouble douloureux est situé entre 11 et 19 ans, alors que pour le sexe masculin, l'âge de survenue est inférieur à 13 ans (Lieb et al, 2000). Il existe généralement une prédominance féminine des symptômes somatiques et des troubles somatoformes.

ÉTIOLOGIE

La somatisation est vraisemblablement causée par une combinaison de facteurs. Une diversité de facteurs individuels, familiaux et environnementaux ont été proposés comme facteurs prédisposants, précipitants ou de maintien dans la somatisation ; ils sont résumés dans le tableau I.1.3.

Facteurs individuels

Les personnes avec un tempérament sensible, consciencieux ou anxieux ont une plus grande vulnérabilité à développer des symptômes de somatisation

Table I.1.3 Facteurs de risques de somatisation chez les enfants et adolescents*

Individuels	<ul style="list-style-type: none"> • expérience personnelle de maladie physique • mettre l'accent sur les sensations physiques • personnalité consciencieuse, vulnérable, sensible, anxieuse • préoccupations particulières concernant les relations avec les pairs • volonté d'accomplissement élevé
Familiaux	<ul style="list-style-type: none"> • antécédents de maladies physiques • antécédents de maladies psychiatriques • somatisation parentale • surinvestissement émotionnel • capacités limitées à communiquer sur les problèmes émotionnels
Environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> • facteurs de stress de la vie comme par ex., l'école, les moqueries, l'intimidation • pression scolaire.

* Adapted from Gledhill and Garralda (2009)

dans leur enfance. Ceux ayant des antécédents d'anxiété et de labilité émotionnelle ont également un risque plus élevé. Les facteurs déclenchants comprennent les facteurs de stress sociaux tels que les commentaires sévères sur le travail scolaire ou lorsqu'il existe un lien temporel entre ces facteurs de stress et le développement des symptômes.

Objectivement, les facteurs de stress peuvent ne pas être particulièrement grave; cependant, combinés avec un tempérament sensible et anxieux, ils sont interprétés d'une manière plus extrême et suffisent à déclencher un épisode de maladie. Même les événements de la vie courante peuvent jouer un rôle ; par exemple, un événement inhabituel tel que la naissance d'un frère ou d'une sœur est retrouvé plus fréquemment chez les enfants d'âge préscolaire présentant des symptômes somatiques fréquents en comparaison avec les enfants sans symptômes somatiques. Dans certains cas, la somatisation peut faire suite à une maladie physique récente (par exemple, une gastro-entérite suivie par une grave douleur abdominale fonctionnelle ; une mononucléose infectieuse suivie par un syndrome de fatigue chronique ; une blessure physique suivie par la perte de fonction d'un membre associée à un trouble de conversion ; un évanouissement survenant avant des pseudo-crisis épileptiques). Une attention particulière devrait également être accordée à l'existence d'autres facteurs de stress, tels que l'abus ou le stress lié à l'école. Un précédent abus (physique ou sexuel) peut aussi prédisposer ou précipiter un épisode de somatisation bien que cela semble être davantage un facteur de risque pour les adultes que pour les jeunes. Le maintien des symptômes de somatisation peut être médié par des traits de tempérament chez l'enfant (par exemple, la sensibilité, l'anxiété) ainsi que les difficultés que rencontre l'enfant à s'adapter aux modifications dans la vie quotidienne entraînées par les symptômes.

Facteurs familiaux

L'anxiété, la surprotection et la surcharge émotionnelle des familles associée à une détresse maternelle de niveau élevé peuvent prédisposer un enfant à développer des symptômes de somatisation. Dans les familles où il y a des problèmes de santé, les symptômes médicaux inexpliqués de l'enfant peuvent refléter les maladies des autres membres de la famille (par exemple, la perte de mobilité dans une famille où un parent a souffert de paralysie suite à une blessure accidentelle). De plus, la présence de problèmes de santé physique, de troubles de somatisation ou un recours aux soins fréquent dans les familles peuvent contribuer aux symptômes de l'enfant par l'observation et la copie de ce type de comportement.

Des situations familiales stressantes de façon chronique (par exemple, une mésentente conjugale, des difficultés scolaires) peuvent contribuer au maintien des symptômes inexpliqués de l'enfant ou de leur récurrence. La détresse des parents à l'égard des symptômes a pour effet de focaliser l'attention de l'enfant sur les symptômes, de réduire l'utilisation de stratégies d'adaptation alternatives comme la distraction, et de renforcer le comportement de somatisation de l'enfant. Les croyances familiales sur une cause organique sous-jacente aux symptômes peuvent être prédominantes. Et si les familles ne prennent pas en considération les explications psychologiques, elles peuvent s'opposer à une prise en charge psychosociale, augmentant ainsi la probabilité que les symptômes persistent.

L'effet de somatisation chez un enfant est susceptible d'avoir un impact sur le fonctionnement de la sphère familiale et de l'enfant. Par exemple, les

parents peuvent devoir diminuer le temps de loisirs et prendre des congés avec des incidences financières non négligeables. Les familles peuvent avoir besoin de réorganiser leur vie quotidienne pour prendre soin de l'enfant malade, ce qui peut augmenter le stress familial global.

Facteurs environnementaux

Les enfants présentant des symptômes de somatisation rencontrent souvent des difficultés à l'école telle que la pression scolaire, les relations avec les enseignants, les problèmes relationnels avec leurs pairs et en particulier l'intimidation, qui peuvent prédisposer ou précipiter la survenue des symptômes. Ces enfants sont très souvent sensibles aux interactions sociales et peuvent avoir des exigences scolaires élevées. Ce stress peut se manifester par leur incapacité à obtenir de bons résultats à l'école à cause de leurs symptômes, l'absentéisme scolaire aggravant ces difficultés. Ils se sentent souvent embarrassés, en colère et incompris, accusés par les autres de vouloir manquer l'école. Cela conduit souvent à un absentéisme important et, une fois qu'il ne fréquente plus l'école, l'enfant peut devenir très inquiet à propos de la reprise de l'école, ce qui maintient le problème.

ÉVALUATION

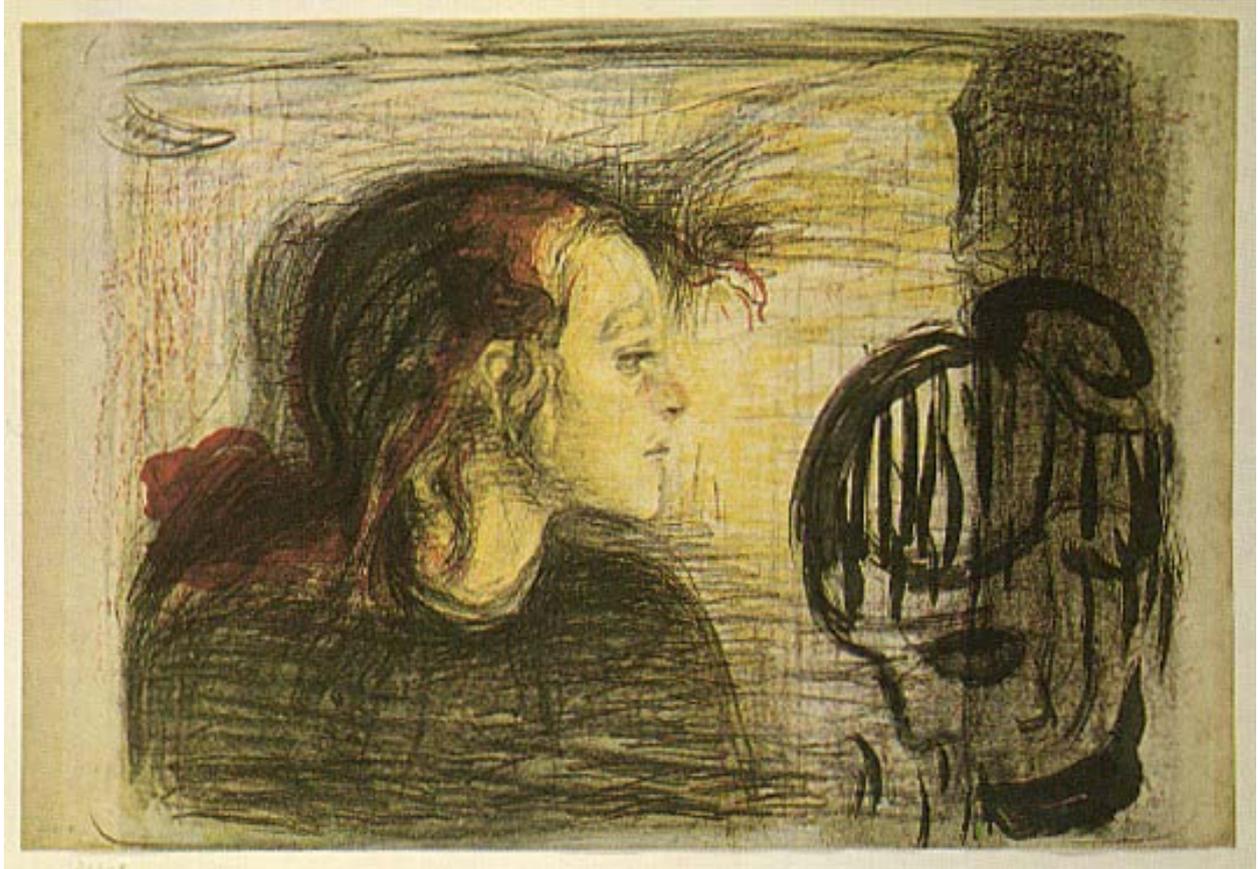
Le diagnostic de somatisation doit être évoqué devant :

- Une relation temporelle entre les facteurs de stress psychosociaux et les symptômes physiques
- La nature et la sévérité des symptômes ou du handicap non relié avec la pathophysiologie
- Existe-t-il un trouble psychiatrique concomitant

La plupart des enfants sont vus en premier par leur médecin traitant, un médecin généraliste ou un pédiatre. L'évaluation habituelle, les investigations et la réassurance sur l'absence d'un trouble médical traitable sera souvent suffisant pour soulager les inquiétudes de l'enfant sans autre intervention. Cependant, les symptômes persistent quelquefois.

En cas de symptômes persistants et fréquents associés à un niveau d'anxiété élevé, les enfants et familles peuvent être adressés à un service spécialisé. Etant donné la nature des problèmes, l'évaluation à cette étape doit prendre en compte à la fois les facteurs (contributifs et de maintien) physiques et psychosociaux. La meilleure approche est d'utiliser un cadre bio-psycho-social, en prenant en compte la contribution relative des facteurs biologiques, psychologiques, familiaux et sociaux. Cependant, si les symptômes persistent après cette étape, incluant l'identification des facteurs bio-psycho-sociaux, ou si les symptômes sont particulièrement sévères ou si le diagnostic est incertain, l'enfant devra être adressé au service de psychiatrie.

La façon d'adresser l'enfant et la famille au service de psychiatrie doit être effectuée avec tact en reconnaissant l'existence des symptômes – beaucoup d'enfants et de familles craignent de ne pas être pris au sérieux et que l'orientation vers un service de psychiatrie signifie que leurs symptômes ne sont pas considérés comme réels. Durant l'évaluation psychiatrique, déterminer le point de vue de l'enfant et des parents sur la maladie est extrêmement important. Beaucoup de parents peuvent encore chercher des causes organiques, il est donc important de traiter tous les symptômes physiques, savoir quels troubles médicaux ont été exclus,



The Sick Child. Edvard Munch (1885), the Munch Museum, Oslo.

d'explorer d'éventuelles causes physiologiques, et être conscient d'une possible coexistence de causes physiques et psychologiques. L'évaluation psychiatrique inclut une anamnèse psychiatrique et développementale, un examen psychiatrique et une évaluation du fonctionnement familial. Les tests psychométriques peuvent être utiles, en particulier pour déterminer s'il y a une disparité entre les attentes éducatives de l'enfant et ses capacités réelles. Un historique détaillé de la situation scolaire est nécessaire, y compris le nombre de jours d'école manqués à cause des symptômes.

Même après le début de l'évaluation et de l'intervention psychiatrique, de nombreuses familles peuvent ne pas être réceptives à la composante psychologique des symptômes et peuvent vouloir continuer à chercher d'autres causes. Il est indispensable d'engager la famille dès le début du processus d'évaluation et de travailler avec eux pour parvenir à une vision commune avant l'instauration d'un traitement efficace. L'identification et l'annonce rapide et précise du diagnostic de somatisation peuvent améliorer le pronostic, alors que des erreurs de diagnostic ou un retard de diagnostic peuvent avoir un impact négatif sur le pronostic, la famille et la société.

Principaux signes cliniques

Les symptômes somatiques les plus fréquents sont les douleurs abdominales récurrentes, les douleurs musculo-squelettiques et les maux de tête. Plusieurs symptômes peuvent coexister.

Syndrome douloureux somatoforme persistant

Les douleurs abdominales, céphalées, arthralgies et autres douleurs peuvent constituer un syndrome douloureux somatoforme persistant lorsque la douleur est persistante, sévère, pénible et associée à un stress psychosocial suffisant pour avoir une signification étiologique. En règle générale, les douleurs abdominales fonctionnelles se manifestent par une douleur intense, diffuse ou péri-ombilicale. La douleur a tendance à être plus importante durant la journée et être absente la nuit ou pendant les vacances scolaires. Elle peut s'accompagner de troubles du transit intestinal, vomissements, maux de tête, léthargie et pâleur cutanée, ce qui peut renforcer le sentiment de la famille d'une pathologie organique.

Les céphalées sont souvent non spécifiques, telles que des céphalées de tension (douleurs fréquentes, bilatérales et frontales) mais elles peuvent être associées à des crises migraineuses (douleurs périodiques, sévères, unilatérales accompagnée d'une aura, de nausées et d'antécédents familiaux).

Syndrome de fatigue chronique ou neurasthénie

Le syndrome de fatigue chronique débute généralement par un syndrome pseudo-grippal ou une mononucléose infectieuse. Son apparition peut être insidieuse, et progressive avec une évolution fluctuante, caractérisée par une fatigue physique et mentale ainsi qu'un épuisement après un effort physique ou mental relativement mineur. La fatigue persiste malgré le repos et est associée à une diminution de la capacité à réaliser les tâches quotidiennes. L'enfant ou adolescent est susceptible de se plaindre de maux de tête, de troubles du sommeil, de douleurs, d'un manque de concentration, d'étourdissements, d'une faiblesse physique, de sautes d'humeur et de préoccupations sur sa santé physique et mentale. La fatigue est chronique et non expliquée par une pathologie médicale ; dans le cas contraire, il s'agirait d'une fatigue liée à la maladie concomitante. Les comorbidités psychopathologiques sont souvent présentes, en particulier l'anxiété et la dépression. En règle générale, la famille a demandé des avis médicaux multiples et l'enfant a reçu plusieurs diagnostics au moment de l'évaluation. La détérioration fonctionnelle est souvent anormalement longue avec une absence scolaire prolongée et de longues périodes de repos au lit (Garralda, 1996; Garralda & Chalder, 2005).

Troubles dissociatifs (de conversion)

Ces troubles impliquent une perte partielle ou totale des sensations corporelles ou des mouvements ; la perturbation ou la perte des fonctions motrices et les pseudo-crisis épileptiques étant les présentations cliniques les plus courantes. Plus rarement, les enfants peuvent présenter une perte de la vision, de l'ouïe, du toucher, de la conscience, une fugue ou un mutisme. Les symptômes apparaissent souvent suite à un événement traumatique et se résolvent généralement après quelques semaines ou quelques mois. Cependant, les enfants ne sont pas particulièrement sujets à la belle indifférence, terme qui désigne un manque d'intérêts à propos des symptômes.

Pseudo-crisis épileptiques

Les pseudo-crisis épileptiques sont des crises qui n'ont pas les caractéristiques habituelles d'une crise d'épilepsie et ne s'accompagnent pas d'anomalies de l'EEG. Les pseudo-crisis d'épilepsie ont tendance à être observées



Cliquez sur l'image pour entendre Sophie, 15 ans, décrire son syndrome de fatigue chronique.

dans les pays occidentaux et peuvent être communs dans certaines cultures. Dans une étude sur 883 patients dans une clinique pédiatrique spécialisée dans l'épilepsie, 15% avaient des événements non épileptiques paroxystiques. Parmi ces patients, les pseudo-crisés d'épilepsie représentaient 3% des crises (événements non épileptiques paroxystiques) chez les enfants d'âge préscolaire, 43% des crises chez les 5-12 ans et 87% des crises chez les 12-18 ans. Les pseudo-crisés d'épilepsie et l'épilepsie peuvent coexister, mais cela représente une petite proportion des patients atteints d'épilepsie. Par exemple, [Kotagal et al \(2002\)](#) ont rapporté que 11 (1,5%) sur 746 enfants atteints d'épilepsie avaient des crises psychogènes. Les pseudo-crisés d'épilepsie peuvent être semblables à des crises d'épilepsie, ce qui peut retarder le diagnostic.

Diagnostiques différentiels

Les symptômes retrouvés dans les troubles somatoformes, par exemple, les plaintes physiques et l'absentéisme scolaire, peuvent être présents dans de nombreux troubles psychiatriques tels que:

- Troubles d'anxiété de séparation, phobie scolaire et refus scolaire et autres troubles anxieux
- Troubles du comportement alimentaire (par exemple, l'anorexie mentale)
- Troubles dépressifs
- Mutisme sélectif
- Troubles factices (syndrome de Münchhausen par procuration).

Comorbidités

Les comorbidités psychiatriques peuvent précéder le développement des symptômes somatiques mais se développent souvent au cours du trouble somatoforme. Parmi les enfants admis dans les services, entre un tiers à la moitié peuvent avoir un autre trouble psychiatrique ; et jusqu'à trois quarts en présence d'un syndrome de fatigue chronique. Chez les enfants d'âge scolaire, l'anxiété et la dépression sont les comorbidités les plus courantes. Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et le trouble oppositionnel avec provocation sont également fréquents, surtout chez les garçons.

L'étude *Early Developmental Stages of Psychopathology* (Lieb et al, 2000) a rapporté (a) que les troubles de conversion étaient associés à des troubles de l'alimentation et (b) que les troubles douloureux étaient associés à la dépression, au trouble de panique et à l'état de stress post-traumatique chez les adolescents plus âgés et les jeunes adultes. Le degré de gêne fonctionnelle augmentait avec le nombre de comorbidités.

La présence de certains troubles psychiatriques tels que l'anorexie mentale font partie des critères d'exclusion pour le diagnostic des troubles tels que le syndrome de fatigue chronique. Cependant, les troubles somatoformes coexistent souvent avec d'autres troubles psychiatriques. Les troubles somatoformes devraient être le diagnostic principal lorsque :

- Les symptômes physiques sont plus importants que les symptômes émotionnels ou comportementaux
- Les symptômes physiques sont la principale cause de déficit fonctionnelle

Fugue

La fugue est extrêmement rare durant l'enfance. La fugue dissociative ou fugue psychogène est une maladie rare caractérisée par une incapacité réversible, partielle ou totale, à se rappeler (amnésie) de son identité ou de ses souvenirs personnels. La fugue se présente généralement comme un déplacement imprévu ou une errance loin du domicile. L'état est généralement de courte durée (allant de quelques heures à quelques jours), mais peut durer des mois et plus.

- La croyance injustifiée de la présence d'un trouble médical et un recours répété à des soins médicaux.

Les troubles somatoformes peuvent également coexister avec des conditions organiques. S'il y a une maladie physique, il est nécessaire d'établir quels sont les symptômes causés par la maladie et ceux qui sont plus susceptibles d'être attribués aux facteurs de stress psychosociaux.

Il peut être complexe d'établir un diagnostic différentiel, d'identifier les comorbidités et d'initier la prise en charge, en particulier dans les cas où les

Sarah

Sarah a eu une perte soudaine et totale des mouvements des bras et des jambes, associées à des céphalées. Le diagnostic d'un trouble de conversion a été posé, malgré la présence d'une tumeur cérébrale opérable. Tous les symptômes ont disparu suite à une intervention médicale et psychiatrique avant la chirurgie – les chirurgiens refusaient d'opérer la patiente avant la résolution de tous les symptômes ; ils ont ensuite retirée entièrement la tumeur.

Voici une des citations des parents : «Notre fille approchait de son 15ème anniversaire et semblait apprécier la vie. Elle avait beaucoup d'amis, travaillait bien à l'école, faisait preuve d'un vif et grand enthousiasme pour apprendre et pour jouer. Après un séjour en famille à l'étranger, sont apparus des plaintes importantes de douleurs dorsales. Des maux de tête intermittents et une incapacité à bouger ses bras et ses jambes sont apparus. Lors de son admission à l'hôpital, il était clair que certains symptômes ne provenaient pas d'une origine physique. Cela ne signifiait pas que le problème était moins réel, seulement plus problématique. Nous étions perdus quant à savoir ce qui avait pu déclencher ce comportement. Il n'y avait aucune cause évidente ; un grand-parent était mort, mais quelques années auparavant et de vieillesse, et il n'y avait aucune preuve d'abus ou d'un traumatisme. Ce que nous ignorions, étaient les préoccupations propres à la puberté et à l'adolescence, qui ne faisaient pas partie du dialogue ouvert entre les parents et les enfants. Donc nous tenions devant un chemin à moitié oublié, essayant à la fois de nous rappeler notre propre adolescence, mais sans connaître le vécu personnel et ni la perte subie expliquant ces symptômes.

Il doit être souligné qu'il y avait un énorme soutien de l'équipe médical. Notre fille a eu de la kinésithérapie, de fréquentes consultations de l'équipe pédiatrique et de nombreux entretiens pédopsychiatriques. Sa vie a été explorée sur la plan psychologique, familial et social. Finalement, un élément physique a été retrouvé : une tumeur cérébrale. Ce diagnostic a conduit à une diminution rapide des symptômes. Il est possible –ou probable- que le diagnostic d'une maladie physique lui ai donné un moyen de réduire ses symptômes sans perdre la face. Certes, nous avons commencé la prise en charge avec des symptômes sans cause physique, et nous l'avons fini avec une cause physique sans symptômes ; une séquence étrange. »

Cet exemple illustre la complexité d'un grand nombre de ces troubles et le fait qu'un diagnostic tel que le trouble de conversion puisse coexister avec une maladie physique, quand la maladie physique et les symptômes ne sont pas en harmonie, associés l'identification de facteurs contributifs biopsychosociaux lors de l'évaluation psychiatrique.

Table I.1.4 Echelles d'évaluation

Echelle d'évaluation	What does it measure?	Commentaires
Child Somatization Inventory	Qu'est-ce que cela mesure ?	Evalue les troubles somatoformes et leur sévérité
Functional Disability Index	35 symptômes et leur sévérité dans les 2 semaines précédant l'évaluation	Evalue la présence et le retentissement de l'incapacité fonctionnelle
Chalder Fatigue Self-Report Scale (Chalder et al, 1993)	L'incapacité fonctionnelle dans la marche, les voyages, les tâches quotidiennes, les activités sociales et les loisirs, dormir et manger	Evalue les symptômes de fatigue

Caractéristiques de la fatigue physique et mentale

symptômes biologiques et psychologiques coexistent, par exemple, la coexistence de pseudo-crisés d'épilepsie et de véritables crises d'épilepsie chez un enfant.

Echelles d'évaluation

Les instruments pour mesurer les symptômes physiques et le déficit fonctionnelle sont utiles à la fois pour l'évaluation initiale et le suivi des progrès. La tenue d'un cahier de suivi permettant à l'individu de documenter la gravité et la fréquence des symptômes au fil du temps est également utile. Un graphique peut être tracé pour montrer visuellement au patient qu'il y a eu une amélioration avant même qu'il le perçoive subjectivement. La visualisation des progrès peut aider à maintenir la motivation et l'espoir d'une guérison. En outre, l'utilisation d'échelles peut aider à impliquer davantage le patient dans son traitement et la rééducation. Certaines des échelles sont énumérées dans le tableau I.1.4. La mesure de l'anxiété et des symptômes dépressifs par des échelles appropriées peut être également utile si ces symptômes sont présents.

TRAITEMENT

Stratégies de prise en charge : Généralités

Suivant l'évaluation, une fois que les troubles physiques et psychiatriques ont été pris en compte ou exclus, la prise en charge du trouble somatoforme doit être planifiée. La première étape consiste à impliquer la famille. Les stratégies suivantes peuvent être utiles (beaucoup de ces stratégies ont également été utiles au cours du processus d'évaluation - voir la section évaluation ci-dessus):

- Faire un effort pour comprendre les croyances de la famille concernant la maladie, leur conviction pour des causes physiques, leur satisfaction pour des investigations, et leur point de vue sur la psychiatrie et le traitement.
- Ne pas remettre en question la réalité des symptômes
- Reconnaître que les patients sont atteints d'une maladie qui perturbe leur vie et impacte leur famille
- Passer en revue les autres explications possibles pour les symptômes
- Discuter des troubles physiques qui préoccupent la famille et les résultats des examens physiques effectués
- Discuter les mécanismes physiologiques qui contribuent aux symptômes, par exemple, des contractures secondaires à l'immobilisation
- Sensibiliser les familles sur la prévalence élevée des symptômes médicalement inexpliqués (2% -10%). Cela peut rassurer les parents quant à l'absence d'une cause organique
- Ne pas transmettre un sentiment de gêne lors de la communication d'un diagnostic de troubles somatoformes ou d'autres diagnostics psychiatriques.
- Soulignez que la guérison peut prendre du temps, mais la majorité des jeunes se rétablissent très bien
- Aider la famille et l'enfant à développer des moyens de gérer les symptômes et réduire l'incapacité fonctionnelle.

Parcours de soins

Comme déjà mentionné, l'évaluation et le traitement initial sont généralement initiés par le médecin généraliste ou pédiatre, et l'utilisation d'une approche biopsychosociale est encouragée à un stade précoce. Lorsque les symptômes ne diminuent pas à ce niveau, une orientation vers une consultation psychiatrique est nécessaire. Une consultation psychiatrique peut également être utile en cas d'incertitude diagnostique, en présence de comorbidités psychiatriques, et quand des problèmes familiaux majeurs ont une incidence sur la résolution des symptômes. Si une consultation psychiatrique est recommandée, le clinicien référent devra en discuter avec la famille pour connaître leur attitude envers une évaluation psychiatrique et répondre à leurs préoccupations avant de les adresser à la psychiatrie.

Stratégies de prise en charge spécifiques

Des traitements spécifiques peuvent inclure un travail psychologique individuel, un travail familial, en lien avec l'école et les services sociaux. La coordination de tous les professionnels concernés est essentielle pour s'assurer que tout le monde travaille à des objectifs similaires. Le traitement doit viser à impliquer l'enfant, la famille et tous les professionnels concernés, y compris les enseignants, en particulier en cas d'absentéisme scolaire. Des stratégies spécifiques varieront en fonction de la nature exacte du trouble somatoforme.

Prise en charge psychologique

La psychothérapie et la fréquence des consultations varient en fonction de la nature du trouble. La prise en charge peut être réalisée par un médecin généraliste, un pédiatre, un psychiatre ou d'autres professionnels qualifiés en psychiatrie. Cependant, certains éléments de la prise en charge sont communs et comprennent :

- La réduction des symptômes
- Des techniques motivationnelles adaptées pour stimuler les enfants ambivalents
- Trouver de manière collaborative un moyen d'aller mieux qui soit acceptable pour l'enfant
- L'utilisation d'un journal pour enregistrer les variations des symptômes, de l'incapacité fonctionnelle et des progrès. Cela peut motiver le patient et sa famille à s'impliquer davantage dans le traitement
- Prévenir que les symptômes peuvent s'aggraver au début de la thérapie et répondre aux préoccupations à ce propos.
- Développer des techniques pour s'accommoder de symptômes spécifiques (par exemple, la distraction et la relaxation musculaire pour des maux de tête, des exercices physiques gradués pour les problèmes musculaires et la fatigue, la gestion pratique des pseudo-crisis d'épilepsie)
- Le développement actif, la résolution de problème, et les stratégies de coping.
- Sur la base d'un objectif établi, un programme de rééducation progressif basé sur l'atteinte d'objectifs réalisables, cohérents et prédéfinis,
- Évaluer les attentes sur les objectifs finaux, car ils peuvent être trop élevés



Cliquez sur l'image pour afficher une courte présentation sur les pseudo-saisies ou les crises épileptiques psychogènes (3:53)

Table I.1.5 Eléments d'intervention cognitivo-comportemental familiale

- discuter les investigations et la justification de la gestion de la douleur
- encourager l'auto-surveillance de la douleur
- renforcer les comportements souhaités
- développer des stratégies de coping saines : relaxation, mentalisation d'images positives, distraction, auto persuasion positive
- enseigner la résolution de problèmes
- encourager la participation à des activités quotidiennes
- diminuer l'attention des parents pour les symptômes physiques
- augmenter l'attention quand les symptômes disparaissent en instaurant des activités conjointes agréables

- Une hygiène du sommeil et des conseils diététiques
- Des interventions psychologiques, comme la thérapie cognitivo-comportementale pour les troubles comorbides émotionnels.
- Déplacer progressivement la responsabilité du clinicien vers les parent et le patient
- Travailler avec la famille pour corriger les facteurs familiaux qui peuvent contribuer aux symptômes ou qui interfèrent dans leur résolution.

Le travail familial

Il est essentiel d'impliquer les familles pour une prise en charge efficace ; par conséquent, les familles doivent pouvoir faire part de leurs préoccupations à tout moment. La famille joue un rôle clé en aidant l'enfant à apprendre de nouvelles stratégies de coping et à réduire les comportements familiaux qui peuvent renforcer les symptômes. Il est possible d'aborder dans le travail avec la famille les facteurs familiaux pouvant contribuer à maintenir les difficultés de l'enfant, tels que la psychopathologie parentale, le dysfonctionnement familial ou le stress de la famille. Certains problèmes familiaux peuvent ne pas être apparents au départ, il est donc nécessaire d'effectuer un suivi régulier et d'intervenir en cas de besoin. La thérapie cognitivo-comportementale familiale s'est montrée efficace dans les douleurs abdominales récurrentes.

Traitements médicamenteux

Il n'existe pas de traitements spécifiquement autorisés dans les troubles somatoformes, bien que certains traitements puissent être indiqués pour traiter d'autres troubles comorbides. Par exemple, les inhibiteurs de recapture de la sérotonine peuvent être utiles s'il existe une dépression ou anxiété associée, ce qui est fréquent, et ils peuvent rendre le processus de rééducation plus facile à intégrer chez certains enfants.

Lien avec l'école

Une relation étroite avec le milieu scolaire est importante pour réduire le stress lié à l'école et pour prendre en compte les attentes contradictoires entre l'enfant, la famille et les enseignants. Mettre en place un programme scolaire personnalisé (par exemple, une réduction des horaires) aidera l'enfant à faire face à ses symptômes au sein de l'école. En cas de pseudo-crisis d'épilepsie, il convient d'instituer un plan de gestion clair incluant des moyens de réduire leur impact dramatique au sein de l'école. Dans les situations sévères où un enfant a été absent



Cliquez sur l'image pour en savoir plus sur la prise en charge des douleurs abdominales récurrentes; Il souligne l'importance de la liaison scolaire dans le traitement (8:30)

de l'école, une réintégration progressive devra être organisée, en considérant une admission dans une unité pédiatrique ou psychiatrique avec une offre éducative.

Hospitalisation

Il faut considérer une hospitalisation si :

- l'enfant est sévèrement atteint
- une période d'observation est nécessaire (par exemple, en cas de pseudo-crisis)
- il y a une pathologie psychiatrique associée
- le traitement ambulatoire a échoué.

L'hospitalisation peut aider à rompre un cycle néfaste d'anxiété excessive et de dépendance de l'enfant envers ses parents pour se focaliser sur la guérison. A l'hôpital, l'approche thérapeutique pluridisciplinaire peut comprendre la kinésithérapie, des conseils diététiques, l'ergothérapie, un travail psychologique plus intensif et une intervention familiale.

Les jeunes sont généralement admis dans un service de pédiatrie ou de psychiatrie, les services de pédopsychiatrie étant rares. Les familles peuvent être réticentes à permettre l'admission en psychiatrie ; il est donc important de discuter de leurs préoccupations et de leurs attitudes pour permettre le meilleur package de soins possibles à engager.

Liaison avec les services sociaux

Il faut toujours envisager les abus et les mises en danger des enfants. Dans de rares cas, le trouble somatoforme pourra être l'expression de dysfonctionnements familiaux sévères ou de maltraitance infantile. Une coopération et une communication étroite entre tous les professionnels est essentielle pour éviter des opinions divergentes relayées au patient et à la famille. Si les familles ne sont pas disposées à s'engager dans aucun type de traitements pour leur enfant, les cliniciens devront se demander s'il n'est pas dans l'intérêt supérieur de l'enfant d'être traité loin de sa famille. Cette question est difficile à évaluer et nécessite une collaboration étroite entre les cliniciens et le personnel de protection de l'enfance.

Groupes de soutien aux patients

Ceux-ci peuvent apporter un soutien aux familles. Cependant, certains groupes peuvent avoir des opinions contradictoires, ce qui peut être contreproductif si cela porte atteinte à la stratégie thérapeutique.

Efficacité du traitement

Le nombre d'études évaluant l'efficacité du traitement dans les troubles somatoformes est limité. L'analyse de cas de pédiatres et pédopsychiatres fournit des données anecdotiques sur les effets bénéfiques des approches décrites dans ce chapitre. Aider les patients et les familles à comprendre les liens entre la douleur physique et psychologique a tendance à être très apprécié par les parents et est considéré comme crucial dans la réduction de la douleur et pour aider les patients dans leur prise en charge. La thérapie cognitivo-comportementale familiale pour les douleurs abdominales inexplicables a la meilleure preuve d'efficacité; une étude a montré que, par rapport aux soins médicaux standard, la thérapie cognitivo-comportementale atteint une meilleure réduction de la douleur, avec des taux

Janine

Janine, fille de 10 ans, a été adressée à l'hôpital à cause de multiples douleurs de toutes les articulations qui sont hebdomadaires depuis 1 an. Malgré des examens poussés, incluant radiographie et IRM, aucune pathologie organique n'a été mise en évidence. Janine a été en béquilles ou en fauteuil roulant à 5 reprises malgré l'absence de fractures ; aussi, elle a manqué l'école à de nombreuses reprises. Lors de l'évaluation psychiatrique initiale, Janine était profondément affectée par :

- De nombreuses douleurs dans tout son corps (échelle de douleur à 9/10)
- Des antécédents de harcèlement (mentionnés pour la première fois lors de cette évaluation)
- Une prise de poids
- Profonde tristesse à la mort de son grand-père il y a 3 ans (« c'est comme s'il était mort hier »)

Janine a manqué souvent l'école à cause des douleurs. Sa mère pensait que Janine était atteinte d'une maladie physique encore non identifiée et était mécontente d'être envoyée voir vers un psychiatre. Janine et sa mère admettent toutes les deux ne pas communiquer beaucoup car « parler n'améliore pas les choses ». Par conséquent, Janine est demeurée silencieuse au sujet du harcèlement à l'école et de ses émotions sur la mort de son grand-père. Sa mère gère son stress en « se mettant la tête dans le sable » et en consommant de l'alcool à l'occasion (suivant l'exemple de certains proches).

Le pédopsychiatre savait que beaucoup de personnes prenaient soin de Janine, ce qui devait être gardé à l'esprit. En plus du médecin traitant, le personnel scolaire, le personnel des urgences et le kinésithérapeute devaient travailler ensemble pour Janine et sa famille. Malgré le fait que la famille soit persuadée que Janine était atteinte d'une maladie physique encore non diagnostiquée, le pédopsychiatre et les autres professionnels impliqués dans la prise en charge de Janine travaillèrent avec elle

et sa famille autour d'un modèle incluant les facteurs psychologiques, biologiques, familiaux et sociaux. Janine a eu la possibilité de suivre des séances individuelles utilisant les techniques de thérapie cognitivo-comportementale, telles que l'expression de ses sentiments (incluant la rédaction d'une lettre à son grand-père décédé), l'auto-persuasion positive, l'exploration d'explications alternatives à ses douleurs, la gestion de la colère, la résolution de problèmes, des exercices de relaxation, et des techniques de distraction en cas de douleur. Parallèlement, des consultations avec la famille ont été organisées pour encourager la mère de Janine à renforcer les comportements souhaités, à prendre du temps pour aider Janine à faire face au stress, à résoudre des problèmes avec Janine, à discuter Janine sur d'autres choses que sa douleur et pour apprendre à évaluer la gravité des symptômes.

Peu de temps après la première session, la venue hebdomadaire au service d'urgence s'est arrêtée. Par conséquent, l'utilisation inutile de médicaments et de procédures a pris fin. Lorsqu'on a demandé à Janine ce qui avait changé depuis le début du traitement, elle a décrit qu'elle avait acquis un langage émotionnel. Elle se sentait en sécurité pour parler aux gens au sujet de ses craintes de harcèlement et a dit qu'elle savait que parler pouvait l'aider à diminuer de moitié ses maux et ses douleurs. La rédaction de la lettre à son grand-père, comme s'il était encore en vie, en lui disant à quel point elle tenait à lui, l'a aidé à soulager sa douleur. Elle a dit que ses douleurs ont diminué parce que « je fais plus souvent des activités ». Elle a été en mesure de continuer « malgré la douleur » et elle a commencé à pratiquer de nouveau des activités physiques, en s'aidant des techniques de distraction et de relaxation qu'elle avait apprises. Elle a dit qu'elle avait accepté « un peu de douleur », et celle-ci a disparu au bout d'une journée après l'exercice. La mère de Janine a ajouté que l'exercice avait permis de mobiliser ses articulations, même si elles lui faisaient mal. Elle a parlé de la façon dont elles avaient éteint la télévision et commencé à parler et jouer ensemble.

de rechute inférieurs, une réduction de l'impact de la douleur dans les activités quotidiennes ainsi qu'une satisfaction accrue des parents (Robins et al, 2005). Dans le syndrome de fatigue chronique, plusieurs essais contrôlés chez les adultes ont montré que la thérapie cognitivo-comportementale et des exercices dont la difficulté évolue progressivement, pouvaient être bénéfique (Whiting et al, 2001), ce qui est prometteur.

Le cas de Janine met en évidence de nombreuses caractéristiques de l'évaluation et de la prise en charge décrites dans ce chapitre. En outre, ce cas illustre le fait que, lors de l'examen psychiatrique, il est important de garder à l'esprit que la famille peut se sentir « envoyée, et non demandeuse de la thérapie » (De Shazer, 1985; Iveson, 2002).

Kofi

Kofi est un garçon de 8 ans d'origine nigériane qui se présente avec des mouvements anormaux de tous ses membres. Au même moment, il arrête soudainement de répondre aux questions, pousse des cris effrayants, parfois fixe sa famille avec un regard effrayant et il a même déjà attaqué sa famille. Ce comportement avec des mouvements anormaux et autres signes dure environ 20 minutes à chaque fois. Sa grand-mère du côté maternel souffre des crises tonico-cloniques généralisées.

La famille s'inquiète que Kofi puisse être atteint d'épilepsie mais également, qu'il puisse être possédé par des esprits maléfiques. La famille relate que Kofi est devenu malade après qu'un vieil homme de leur communauté l'ait regardé avec un regard maléfique. Ils étaient prêts à consulter un prêtre pour l'exorciser.

Les facteurs de stress psycho-sociaux incluent des difficultés financières, des problèmes de logements, une séparation parentale, des difficultés relationnelles avec ses camarades à l'école, une faible assiduité scolaire et Kofi présentait des signes d'anxiété.

Les difficultés de Kofi se sont résolues grâce à des interventions impliquant la famille, une consultation médicale pour exclure les crises épileptiques (incluant un EEG), une aide au relogement et un soutien financier, une mise en relation avec le prêtre pour s'assurer que les rituels religieux n'allaient pas blesser l'enfant et, finalement, des réunions avec l'école pour aider à une meilleure assiduité de Kofi et à sa réintégration auprès de ses pairs.

La famille devrait assister à la consultation parce qu'ils sont invités à le faire par leur pédiatre plutôt que parce qu'ils croient que c'est la bonne chose à faire, ce qui pourrait entraîner des sentiments de rejet et de colère envers le médecin pour leur avoir demandé de voir un psychiatre. En ce qui concerne la prise en charge thérapeutique, ce cas illustre le fait que le traitement peut non seulement aider les enfants et les parents à gérer les symptômes au mieux, mais également, permettre de communiquer plus efficacement sur des questions psychologiques.

Pronostic

Des symptômes physiques récurrents dans l'enfance sont associés à une psychopathologie à l'âge adulte et une augmentation de la prévalence des troubles psychiatriques. Il est rassurant d'observer que la majorité des enfants atteints de troubles somatoformes admis dans les services spécialisés guérissent à court terme. Cependant, les symptômes peuvent persister chez certains patients, qui peuvent développer par la suite d'autres troubles psychiatriques (par exemple, les troubles alimentaires, les troubles anxieux). Les symptômes persistent à l'âge adulte pour une faible proportion de patients.

La majorité des jeunes atteints du syndrome de fatigue chronique, même ceux fortement touchés, parviennent à une guérison complète ou une amélioration suffisante pour mener une vie presque normale (Rangel et al, 2000). Néanmoins, l'absentéisme scolaire peut durer plus d'un an et il faut parfois plus de trois ans pour guérir totalement. De plus, certaines données suggèrent que ces patients sont plus à risque de développer d'autres troubles psychiatriques après la guérison (Garralda & Chalder, 2005).

De même, une étude sur les troubles de conversion de l'enfance a montré que, même si 85% avaient guéris, un tiers avait présenté un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux dans les 4 ans de suivi (Pehlivanurk & Unal 2002).

Les indicateurs prédictifs d'un résultat favorable comprennent :

- des facteurs médicaux précipitants spécifiques
- une bonne personnalité pré-morbide
- une bonne adaptation psychologique des parents
- des conditions sociales favorables

PRÉVENTION

Les troubles somatoformes de l'enfance sont associés à des antécédents familiaux de symptômes somatiques et à un absentéisme scolaire chez l'enfant. Une tendance aux troubles somatiques peut être observée chez les enfants dès l'âge préscolaire puis tout au long de l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte. Par conséquent, l'identification de familles pour lesquels parents et enfants présentent des symptômes somatiques de façon importante ainsi que des enfants ayant un absentéisme scolaire fréquent peut permettre d'intervenir aux stades précoces. Cette surveillance pourrait se faire par l'intermédiaire (i) des médecins généralistes : ils peuvent identifier les parents qui consultent régulièrement pour des plaintes somatiques et leur délivrer des conseils sur les stratégies pour gérer leurs propres symptômes somatiques et ceux de leurs enfants (par exemple, les techniques de distraction) et (ii) des enseignants et professionnels de santé : ils peuvent identifier les enfants qui manquent beaucoup d'école en raison de symptômes physiques et les aider à développer des stratégies d'adaptation et à garder le contrôle des situations qu'ils trouvent difficiles.

Chez les enfants présentant des symptômes établis, aborder le problème de la vulnérabilité de la personnalité et des attentes scolaires et des comportements excessifs peut aider à prévenir les rechutes.

PERSPECTIVES TRANSCULTURELLES

Traditionnellement, on pensait que la somatisation concernait principalement dans les pays non occidentaux. Cependant, des recherches plus récentes l'ont identifié comme un phénomène universel. Une étude de l'OMS a examiné les présentations de somatisation au niveau des soins primaires dans 14 pays (Turquie, Grèce, Allemagne, Pays-Bas, Italie, Inde, Nigéria, Chine, Japon, France, Brésil, Chili, Royaume-Uni et Etats-Unis) et a constaté que les symptômes de somatisation étaient communs à tous ces pays et souv associés à des troubles dépressifs et anxieux comorbides (Gureje et al, 1997).

Une approche transculturelle est particulièrement importante dans l'évaluation de la somatisation pour savoir comment les symptômes sont compris par la famille selon leurs croyances culturelles:

- Si les céphalées, les douleurs musculo-squelettiques et les douleurs abdominales sont les symptômes les plus communs dans les troubles somatoformes, il existe des symptômes spécifiques d'une région culturelle ou géographique. Par exemple, les «engourdissements» et «bouffées de chaleur» en Afrique, les «brûlures des mains et des pieds» en Inde, la «fatigue» dans les pays occidentaux.
- Il faut être attentif à l'influence culturelle sur la compréhension ou la description des symptômes, car dans certaines sociétés, certains symptômes sont acceptés comme un mode d'expression d'activités culturelles ou religieuses ; c'est pourquoi ils peuvent être interprétés

Saira

Saira est une fille de 12 ans d'origine pakistanaise qui a été diagnostiquée pour une épilepsie à l'âge de 5 ans. Elle a été traitée par un traitement antiépileptique et n'a pas eu de crises pendant 4 ans. Saira s'est présentée dans une clinique locale avec une récurrence de crises. Ses précédentes crises étaient de type grand-mal, la plupart ayant lieu la nuit, accompagnées d'incontinence. Ses crises actuelles n'étaient pas compatibles avec l'épilepsie, se produisant durant la journée et se prolongeant pendant une demi-heure.

Un facteur de stress a été identifié : la famille avait décidé que Saira n'avait plus besoin de poursuivre sa scolarité après avoir terminé ses études à l'école primaire, elle pouvait désormais rester à la maison pour s'occuper de son plus jeune frère afin que sa mère puisse retourner s'occuper du cheptel familial. Une mauvaise récolte signifiait que la famille était sous le stress financier.

Le traitement consistait en une psychoéducation pour Saira et sa famille, mettant en évidence la relation étroite entre le corps et l'esprit, et la présence de symptômes physiques concomitants avec des contraintes psychologiques. Au cours de réunions individuelles et plus tard dans les réunions de famille, Saira a pu parler de sa détresse relative au projet proposé, qui se traduirait par la perte de ses amis à l'école, ainsi que des relations positives qu'elle avait avec ses professeurs. Bien que les considérations financières empêchaient tout changement aux dispositions prévues dans l'immédiat, la famille a décidé d'essayer de la soutenir dans la poursuite de ses études une fois que les pressions financières seraient moins importantes. Ils étaient heureux de l'aider à continuer de rencontrer ses amis. Les crises de Saira se calmèrent peu après.

comme un signe spirituel ou d'autres processus non religieux. C'est pourquoi des familles consultent des praticiens de médecine alternative ou des guérisseurs, au lieu, ou en plus, de médecins. Dans les cas où l'aide médicale a été demandée, ces patients sont plus susceptibles de se désengager pour une approche médicale traditionnelle.

Il est important de prendre en compte l'influence du contexte culturel sur l'attitude de la famille et leur croyance au sujet des symptômes, d'identifier les traitements déjà essayés, y compris les traitements spécifiques à la culture, et de passer du temps avec eux à discuter des explications alternatives et de les engager dans le processus du traitement. Le cas de Kofi en est un exemple.

Malgré les différences culturelles dans l'interprétation des symptômes, les grands types de facteurs de stress étiologiques (par exemple, les facteurs de stress liés à l'école tels que l'intimidation, ou les facteurs de stress liés à la famille tels que des problèmes financiers) sont comparables entre les cultures (voir le cas de Saira).

Barrières à la mise en œuvre d'une médecine fondée sur des preuves (évidence based medicine) dans les pays sous-développés

De nombreux obstacles à la mise en œuvre des recommandations en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ont été décrits dans les pays sous-développés (Knapp et al, 2006 ; Keiling et al, 2011), et sont à prendre en compte dans la prise en charge des troubles somatoformes. Les pays sous-développés consacrent une part de leur produit intérieur brut à la santé mais ce dernier étant faible, les ressources allouées sont bien inférieures au besoin. De plus, le peu de fonds disponibles du gouvernement pour la réglementation professionnelle, autorisent les professionnels de santé à proposer des traitements avec un faible niveau de preuve, sans la menace d'une sanction ou d'un retrait de leur capacité d'exercice. En l'absence d'un dispositif gouvernemental global de soins, les patients et leurs familles doivent payer leurs soins. La pauvreté et le manque de connaissance les rendent vulnérables à des pratiques non réglementées.

La fuite des cerveaux des pays sous-développés vers les pays développés dans le domaine médical et paramédical crée un défaut de ressources humaines

pour répondre aux besoins au niveau local de professionnels de santé. Les professionnels de santé restant sur place sont souvent non formés aux techniques d'audit pour améliorer les soins ou à l'évaluation critique des preuves disponibles. De plus, les pays sous-développés n'ont souvent pas de système de soins primaires développé et il existe une faible intégration de la psychiatrie dans ce système de soins, conduisant à la fragmentation des soins.

Concernant directement les troubles somatoformes, il existe un manque de professionnels formés pour répondre aux besoins de soins psychiatriques des enfants et des adolescents ; les obstacles aux soins comprennent un mauvais diagnostic et un manque de personnel spécialisé. C'est pourquoi une attention toute particulière doit se concentrer sur la formation et à l'encadrement des professionnels qui sont généralement en première ligne pour les familles, comme les médecins généralistes et les pédiatres.

CONCLUSION

Les symptômes fonctionnels inexplicables et récurrents sont fréquents chez les enfants et adolescents. Lorsqu'ils sont sévères, handicapants, associés à des facteurs psychologiques et à un comportement de recours au soin de façon fréquente, ils répondent à la définition de troubles somatoformes. Dans ces cas-là, les familles ont tendance à attribuer aux symptômes somatiques une pathologie physique sous-jacente malgré l'absence de preuve médicale. Dans certaines cultures, les familles peuvent donner une signification religieuse ou culturelle aux symptômes physiques observés.

Des comorbidités psychiatriques sont fréquemment présentes. Lorsqu'elles sont associées à des traits de personnalités de l'enfant et à des problèmes de santé familiaux, la réponse de la famille aux symptômes et les problèmes de communication autour de questions chargées émotionnellement peuvent contribuer au maintien des troubles.

Des examens médicaux, la prise de conscience des parents et des enfants des symptômes et les stratégies de prise en charge pour réduire les troubles sont essentiels à une prise en charge efficace. Les traitements psychiatriques des comorbidités et la mise en place d'un programme de rééducation avec l'enfant et la famille sont nécessaires.

La thérapie cognitivo-comportementale possède les meilleures preuves d'efficacité. Cependant, aider les familles à communiquer et gérer les facteurs de stress de l'enfant ont souvent montré une efficacité clinique. Impliquer les familles durant toutes les étapes de l'évaluation et du traitement est important et aidera à la guérison.

Le manque de moyens en pédopsychiatrie peut mettre en péril ce travail dans les pays en voie de développement où les niveaux d'investissement en pédopsychiatrie sont faibles. Cependant, la formation en psychiatrie des professionnels de première ligne dans les soins primaires et des éducateurs peut être une solution efficace dans la gestion et la prévention de ces troubles somatoformes dans l'ensemble des pays et des cultures.

REFERENCES

- Apley J. (1975) *The Child with Abdominal Pains*, 2nd edition. Oxford: Blackwell Scientific.
- Chalder T, Goodman R, Hotopf M et al (2003). The epidemiology of chronic fatigue syndrome and self reported ME in 5-15 year olds: A cross sectional study. *British Medical Journal*, 327:654-655.
- Chalder T, Berelowitz G, Pawlikowska T et al (1993). Development of a fatigue scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 37:147-153.
- De Shazer S (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. New York, NY: Norton.
- Domenech-Llaberia E, Jané C, Canals J et al (2004). Parental reports of somatic symptoms in preschool children: prevalence and associations in a Spanish sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43:598-604.
- Garralda ME (1996). Somatisation in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 37:13-33.
- Garralda ME (2005). Functional somatic symptoms and somatoform disorders in children. In Gillberg C, Harrington R, Steinhausen HC (eds), *A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, pp246-268.
- Garralda ME, Chalder T (2005). Chronic fatigue syndrome in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46:1143-1151.
- Gledhill J, Garralda ME (2009). The relationship between physical and mental health in children and adolescents. In Gelder MG, Andreassen NC, Lopez-Ibor JJ et al (eds), *New Oxford Textbook of Psychiatry* 2nd Edition. Oxford: Oxford University Press, pp1740-1746.
- Gureje O, Simon GE, Ustun TU et al (1997). Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 154:989-995.
- Iveson C (2002). Solution-focused brief therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8:149-156.
- Jordan KM, Ayers PM, Jahn SC et al (2000). Prevalence of fatigue and chronic fatigue syndrome-like illness in children and adolescents. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, 6:3-21.
- Knapp M, Funk M, Curran C et al (2006). *Economic barriers to better mental health practice and policy. Health Policy & Planning*, 21:157-170.
- Keiling C, Baker-Henningham H, Belfer M et al (2011). Child and adolescent health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, 378:1515-1525.
- Kotagal P, Cota M, Wyllie E et al (2002). Paroxysmal non epileptic events in children and adolescents. *Pediatrics*, 110:e46.
- Kozłowska K, Nunn KP, Rose D et al (2007). Conversion disorder in Australian pediatric practice. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46:68-75.
- Lieb R, Pfister H, Mastaler M et al (2000). Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults. Prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101:194-208.
- Pehlivanurk B, Unal F (2002). Conversion disorder in children and adolescents. A 4 year follow up study. *Journal of Psychosomatic Research*, 52:187-191.
- Rangel LA, Garralda ME, Levin M et al (2000). The course of chronic fatigue syndrome. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 93:129-134.
- Robins PM, Smith SM, Glutting JJ et al (2005). A randomised controlled trial of a cognitive-behavioural family intervention for pediatric recurrent abdominal pain. *Journal of Paediatric Psychology*, 30:397-408
- Whiting P, Bagnall AM, Sowden A J et al (2001). Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 286:1360-1368.
-