

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2006

N°44

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine Générale

par

Bénédicte VRIGNAUD

Née le 28 avril 1978 à Nantes (44)

Présentée et soutenue publiquement le 17 octobre 2006

« LES PLAINTES FLOUES DES ADOLESCENTS »

**PRISE EN CHARGE DE PLAINTES SOMATIQUES NON
ORGANIQUES A PARTIR D'OBSERVATIONS RECUEILLIES EN
HOSPITALISATION PEDIATRIQUE**

Président : Monsieur le Professeur Alain MOUZARD

Directeur : Monsieur le Docteur Georges PICHEROT

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	5
I- DEFINITIONS	7
I.1. LES PLAINTES FLOUES	7
I.1.1. Définitions	7
I.1.2. Classification des troubles dits « fonctionnels »	8
I.1.3. Epidémiologie	8
I.1.4. Un langage codé	9
I.1.5. Un enjeu médical	9
I.2. L'ADOLESCENCE	10
I.2.1. Définitions	10
I.2.2. Le corps à l'adolescence	11
I.2.3. Un travail psychique	12
I.3. LA MEDECINE DE L'ADOLESCENT	13
I.3.1. La présence des parents	13
I.3.2. Le secret professionnel	14
I.3.3. Le motif de consultation	15
I.3.4. La relation médecin-adolescent	17
I.3.5. Médecine de l'adolescent	18
I.4. UNE MEDECINE A DOUBLE VOLET	19
II- CLASSIFICATION PSYCHIATRIQUE	21
II.1. GENERALITES	21
II.2. TROUBLES SOMATOFORMES	22
II.3. DEFINITIONS	22
II.3.1. Conversion somatique/Conversion hystérique	22
II.3.2. Somatisation	24
II.3.3. Hypochondrie	25
II.3.4. Syndrome douloureux somatoforme persistant	25
II.3.5. Autres troubles somatoformes	25
II.3.6. Simulation	26
II.3.7. Anxiété/Angosse	27
II.3.8. Troubles factices	27
II.4. CLASSIFICATIONS	28
II.4.1. D.S.M IV (Diagnostic and Statistical Manual)	28
II.4.2. CIM 10 (Classification Internationale des Maladies)	29
II.4.3. C.F.T.M.E.A (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent)	30
III- TROUBLES DEPRESSIFS CHEZ L'ADOLESCENT	33
III.1. DIAGNOSTIC DES TROUBLES DEPRESSIFS CHEZ L'ENFANT	33
III.1.1. Signes cliniques	33
III.1.2. Repérage des troubles dépressifs	34
III.1.3. Classifications	34
III.1.4. Fréquence et distribution	35
III.1.5. Evolution	36
III.1.6. Facteurs de risque et de protection	36
III.2. TRAITEMENT DES TROUBLES DEPRESSIFS CHEZ L'ENFANT	37
III.2.1. La psychothérapie	37
III.2.2. La chimiothérapie	37
IV- ETUDE : MATERIEL ET METHODE	40
IV.1. TYPE DE LA METHODE	40
IV.2. LA POPULATION ETUDIEE	40
IV.3. LE RECUEIL DES DONNEES	41
IV.4. LES DONNEES ETUDIEES	41
IV.5. METHODES STATISTIQUES	42

V- RESULTATS	43
V.1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON	43
V.1.1. Sexe des patients	43
V.1.2. Age des patients	43
V.1.3. Cadre familial	44
V.1.4. Fratrie	44
V.1.5. Antécédents personnels	45
V.1.6. Traitements	45
V.1.7. Antécédents familiaux	46
V.1.8. Scolarité	46
V.2. LES PLAINTES	47
V.2.1. Type de plaintes	47
V.2.2. Durée d'évolution	48
V.2.3. Bilan antérieur à l'hospitalisation	48
V.2.4. Lien avec un événement de vie	51
V.2.5. Antécédents d'autres plaintes	51
V.2.6. Mode d'hospitalisation	51
V.2.7. Attitude de la famille	52
V.2.8. Absentéisme scolaire	52
V.2.9. Bénéfices secondaires	53
V.3. LE BILAN HOSPITALIER REALISE : EVALUATION DU SYMPTOME	53
V.3.1. L'examen clinique	53
V.3.2. Les examens complémentaires	54
V.3.3. L'évaluation pédopsychiatrique	54
V.4. LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE	55
V.4.1. Traitements médicamenteux prescrits	55
V.4.2. Kinésithérapie	56
V.4.3. Entretiens pédopsychiatriques	57
V.4.4. Durée d'hospitalisation	58
V.4.5. Evolution des symptômes à la sortie	59
V.4.6. Consultations programmées à la sortie	60
V.5. SUIVI ULTERIEUR	61
V.5.1. Evolution des symptômes à la consultation programmée	61
V.5.2. Les consultations de suivi	62
V.5.3. Eclaircissement étiologique	62
VI- DISCUSSION	63
VI.1. PLACE ET INTERET DE L'ETUDE	63
VI.2. LES BIAIS	64
VI.3. RESULTATS STATISTIQUES	64
VI.3.1. Données épidémiologiques	64
VI.3.2. Données démographiques	65
VI.3.3. La plainte	68
VI.3.4. Le bilan hospitalier	74
VI.3.5. La prise en charge hospitalière	79
VI.3.6. Evolution et éléments pronostiques	85
VI.3.7. Suivi ultérieur	86
VI.3.8. Pronostic à long terme	90
VI.3.9. Un signe de dépression	91
CONCLUSION	93
ANNEXES	95
BIBLIOGRAPHIE	101

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire
101

ANNEXE 2 : CIM 10, chapitre V, « Troubles dissociatifs [de conversion] » et
103
« Troubles somatoformes »

ANNEXE 3 : CFTMEA R-2000, chapitre 2, « Troubles névrotiques »
107

ANNEXE 4 : CFTMEA R-2000, chapitre 8, « Troubles à expression somatique »
108

ANNEXE 5 : DSM IV, Définition de l'épisode dépressif caractérisé 109

ANNEXE 6 : Tableau comparatif des modes d'expression de la dépression chez
110
l'enfant et l'adolescent en comparaison avec l'adulte, selon l'APA et l'AACAP

INTRODUCTION

On considère souvent que l'adolescence est l'âge de « bonne santé », impression partiellement contredite par les résultats des études épidémiologiques (Credes, Inserm) menées auprès d'un grand nombre d'adolescents, qui démontrent que plus de 90% d'entre eux ont consulté au moins une fois durant l'année un professionnel de santé, et deux tiers expliquent souffrir fréquemment d'un des symptômes suivants : fatigue, céphalées, douleurs abdominales, troubles du sommeil... [12,16,20].

A l'adolescence, la plainte se présente comme une nécessité. L'adolescent se plaint de ce qu'il est, de ce qu'il n'est plus, de ce qu'il devient ou va devenir. Toutefois, il n'est pas le seul objet de sa plainte. Classiquement il peut également se plaindre de ses parents, de leurs exigences, de leur « ringardise », de leur délaissement, de leur mépris... et la plainte peut déborder sur la famille élargie, les enseignants... Néanmoins toute plainte mérite attention : elle porte avant tout des significations [39].

L'adolescent recherche un mode d'expression pour dire ses difficultés, ses limites et ses impasses. L'opposition, le passage à l'acte, l'abus de drogues demeurent les modes les plus spectaculaires mais aussi les plus surreprésentés lorsque l'on parle des adolescents. Le professionnel de santé est davantage sollicité par des malaises physiques, des plaintes somatiques, des gestes suicidaires ou des troubles de la conduite alimentaire. Ces modes d'expression plus intériorisés expriment une difficulté tout aussi majeure et demandent une aide programmée. L'adolescent vient cependant rarement demander lui-même de l'aide : bien souvent, ce sont ses parents ou ses enseignants qui l'amènent à consulter. Par ailleurs, la demande émanant du jeune lui-même est souvent cachée derrière des symptômes peu spécifiques appelés " symptômes flous " ou derrière des troubles du comportement [16].

Le corps, élément pivot à l'adolescence, représente un extraordinaire moyen de communication, un véhicule privilégié d'expression des conflits et des souffrances, et un lieu d'expression de ses identifications. Ce corps résiste, et c'est peut-être ce qui explique qu'il soit si fréquemment sollicité quand l'identité est mise à l'épreuve. Le langage du corps est donc un puissant révélateur, voire un amplificateur des préoccupations ou des difficultés, que celles-ci appartiennent au concret ou à une dimension plus existentielle [19]. La difficulté va être d'interpréter ce langage du corps, ce langage codé.

Ces jeunes patients qui expriment leur souffrance à travers leurs corps nous remettent en cause et nous mettent parfois à l'épreuve. La manière dont l'enfant tente d'exprimer cette souffrance interne et de la communiquer à son entourage est très différente de l'adulte. En quoi sommes-nous fondés à rapprocher une perturbation somatique, une souffrance corporelle chez un jeune, d'une souffrance psychologique ? Jusqu'où aller pour le prouver ? En quoi ce trouble est-il lié au contexte psychologique dans lequel il survient ? Et, au-delà de cette première étape diagnostique, comment prendre en charge celui-ci ?

Dans toute pratique médicale il existe une intrication entre le corps et le psychisme. Cette intrication est fondamentale au moment de l'adolescence. Tous les médecins et soignants s'occupant d'adolescents savent qu'il incombe de travailler aussi bien avec la dimension psychique que somatique. Pour ces jeunes, chez lesquels on sait combien tout est lié, les médecins doivent appliquer une médecine globale avec une approche mixte, psychosomatique.

A travers l'observation de 20 adolescents hospitalisés dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, nous avons tenté de mettre au jour les différents

problèmes rencontrés, tant au niveau diagnostique que thérapeutique, face à ces "plaintes floues" des adolescents.

Après un rappel sur les définitions et classifications des troubles fonctionnels chez l'enfant et sur quelques particularités de la médecine pour adolescents, notre étude décrira, dans un premier temps, le profil des adolescents rencontrés, puis les plaintes constatées, et enfin tentera de montrer comment ils ont été pris en charge durant leur hospitalisation.

Notre discussion sera étayée de données de la littérature, notamment d'équipes spécialisées dans l'accueil d'adolescents, tentant de mieux cerner et aider ces jeunes présentant des plaintes fonctionnelles. Ces équipes ont colligé leurs observations afin de fournir des pistes de réflexions face à cette problématique parfois déroutante.

Cette étude, bien que réalisée dans un service hospitalier de pédiatrie, a pour objectif de sensibiliser tout médecin, notamment les médecins généralistes, à l'importance de l'approche globale de l'adolescent. Cette étude se positionnera donc du côté du somaticien devant prendre en charge une plainte somatique, avec son souci d'écarter une étiologie organique, mais sans omettre la composante psychique associée.

I- DEFINITIONS

I.1. LES PLAINTES FLOUES

I.1.1. Définitions

Un motif fréquent de consultations des adolescents auprès des services médicaux est la plainte fonctionnelle, définie comme « un ressenti physique suggérant une maladie somatique, mais sans pathologie organique démontrée » [17] ou « une perturbation dans le fonctionnement d'un appareil ou dans la réalisation d'une fonction, en l'absence d'atteinte organique, lésionnelle » [59]. Il s'agit le plus souvent de céphalées, douleurs abdominales, myalgies, malaises ou fatigue chronique... Même s'il n'est pas question d'une douleur au sens strict, le tableau évoque souvent des éléments douloureux [17].

Dans la littérature, une multitude de termes différents regroupe les "symptômes flous": somatisation, troubles somatoformes, plaintes fonctionnelles ou psychosomatiques [17]. L'ambiguïté des définitions concernant "les symptômes flous", l'absence de critères diagnostiques précis font que, pour le médecin, la distinction est loin d'être évidente.

En outre, chez l'adolescent, la présence de "symptômes flous" ou de malaises n'est pas forcément synonyme de troubles somatoformes. Plusieurs plaintes sont passagères et sans conséquence sur le mode de fonctionnement de l'adolescent ; elles ne modifient pas ses habitudes et ne témoignent d'aucun conflit personnel ou familial. Ainsi les crampes musculaires, les inconforts menstruels ou les manifestations orthostatiques sont autant de malaises naturels qui nécessitent des explications afin de rassurer l'adolescent [6].

De plus, l'adolescent peut vivre une situation personnelle, familiale ou sociale, source de détresse psychologique passagère. La survenue de symptômes physiques est alors chose courante mais cette authentique somatisation est passagère. Elle est d'ailleurs facilement reconnue par le jeune et ne pose pas de problème étiologique pour le clinicien [6].

Les troubles somatoformes proprement dits sont persistants. Parmi ces troubles on reconnaît la somatisation et ses variantes, la conversion et l'hypochondrie [6]. Selon les classifications, on peut y rattacher certains troubles aligiques et les dysmorphophobies.

Les troubles fonctionnels ou la somatisation sont de loin les plus fréquents. Le symptôme n'est pas récent mais, depuis un certain temps, il entraîne un changement majeur dans le fonctionnement scolaire ou social. Les gains secondaires ne sont pas toujours présents mais les activités habituelles sont toujours modifiées. De nature neurovégétative ou douloureuse, ce symptôme favorise ou cristallise l'attention de l'entourage et peut permettre un évitement d'expériences en l'occurrence pénibles et propres à cet âge (fréquentation scolaire, opposition parentale...). Ces symptômes, qui ne sont pas sous contrôle volontaire, sont source d'inquiétude conduisant à la recherche d'une explication organique [6].

1.1.2. Classification des troubles dits « fonctionnels »

Le champ de la pathologie psychofonctionnelle est parfaitement hétérogène et englobe des faits bien différents que l'on peut schématiser comme suit :

- La formulation en termes somatiques d'une souffrance essentiellement psychique est la première éventualité, très fréquente chez le jeune. Combien de « J'ai mal à la tête, j'ai mal au ventre... » ne font-ils pas que traduire l'incapacité pour l'enfant d'exprimer par d'autres mots sa tristesse, son mécontentement, son angoisse.

- Deuxième éventualité : il s'agit d'une conduite ou d'une attitude corporelle concernant ce qui intervient au niveau du corps dans la relation à autrui et va donc se traduire par exemple au niveau de l'alimentation (anorexie, boulimie, polydipsie...) ou encore de la motricité et de l'état tonico-postural (certaines hypotonies ou hypertonies).

- Dans un troisième type de situation, le symptôme semble témoigner d'une conduite relevant de mobiles inconscients : c'est une conversion hystérique. L'enfant « mime » les symptômes d'une maladie sans avoir conscience de sa « supercherie ». On peut même noter la fréquence de mini-conversions dans l'enfance dont il faut signaler l'aptitude normale à exprimer au niveau du corps les conflits, ce qui pose des problèmes parfois difficiles de délimitation du « normal » et du « pathologique ».

- Il peut s'agir enfin de troubles fonctionnels proprement dits concernant la vie des organes, la vie végétative ou les régulations métaboliques (diarrhées, vomissements, douleurs, syncopes, algodystrophies) pouvant ainsi apparaître comme la traduction directe, végétative, de l'état émotionnel.

Ces distinctions étant précisées, il faut noter que :

- Un même symptôme peut relever de mécanismes différents et selon les cas, représenter l'une ou l'autre des possibilités précédentes.
- Un même symptôme peut relever de plusieurs mécanismes intriqués ou opérant à des moments différents de sa réalisation [49].

1.1.3. Epidémiologie

Vue la grande diversité des définitions existantes pour ces "symptômes flous", il est difficile de donner avec exactitude une prévalence des troubles fonctionnels à l'adolescence, celle-ci variant de 5 à 10% chez les garçons et 10 à 15% chez les filles, voire plus pour certains symptômes [17]. Goodman et McGrath, en 1991, retrouvaient des plaintes ou douleurs fonctionnelles chez 2 à 10% des enfants [37]. Les études américaines retrouvent souvent des taux de prévalence un peu plus faibles du fait des critères diagnostiques plus rigoureux du DSM IV pour affirmer la somatisation [60].

Il manque d'investigations validées sur la prise en charge des enfants avec des plaintes somatiques.

En effet, à propos des troubles de l'adolescence, les épidémiologistes ont favorisé les recherches sur les facteurs de risque plutôt que sur les prises en charge au sens large du terme. La plupart des études sur les traitements et les modalités de prise en charge ont concerné les adultes. Les propositions de prise en charge émanent donc d'observations

cliniques et de transpositions de données recueillies dans la population adulte. Il s'agit également d'observations tirées de consultations spécialement dédiées aux adolescents, concept émergeant dans plusieurs centres hospitaliers.

1.1.4. Un langage codé

L'enfant ne peut pas, le plus souvent, exprimer par un langage explicite ce qu'il ressent vraiment, son désarroi, ses déceptions, son inquiétude. Il ne faut pas attendre de lui qu'il dise : « ça ne va pas... , je suis triste... , j'ai peur... », même lorsqu'on le sollicite.

Ce sont par des plaintes, souvent centrées sur son corps ou son entourage, qu'un enfant va tenter de dire qu'il est malheureux : sa souffrance s'exprime par son comportement. Les manifestations bruyantes et gênantes pour l'entourage ne courent pas le danger de passer inaperçues, ce qui ne veut pas dire qu'elles sont toujours interprétées correctement par celui-ci. Lorsqu'il s'agit de conduites « silencieuses » ou non gênantes, comme celles d'enfants inhibés et passifs, elles ne vont pas attirer l'attention et resteront méconnues malheureusement très longtemps [21].

A l'adolescence, il existe un flou autour de tout ce qui concerne le corps. L'irruption de la métamorphose pubertaire modifie les repères de l'image corporelle ; dans cette perte de repères, qui peut être source d'angoisses et d'inquiétudes, il est souvent difficile pour l'adolescent de trouver les mots adaptés pour exprimer ce qu'il ressent. Les plaintes somatiques sont ainsi souvent investies d'une certaine expressivité [16,17].

Ces symptômes peuvent être compris comme l'expression par le corps d'émotions refoulées, trop difficiles à vivre en tant que telles. Les adolescents vivent une tension qu'ils expriment et communiquent sous forme de malaises physiques. Le rôle que l'on peut attribuer alors à certains symptômes serait plus proche d'un mode de communication que d'une réelle atteinte à la santé [41]. L'attention se porte sur le corps et sur ses capacités d'expression d'une souffrance psychologique.

Comme le dit Victor Courtecuisse, il s'agit d'un véritable langage codé. « Chaque culture a ses codes, et à tout prendre, je me trouve ici devant une « forme clinique » d'une problématique transculturelle, confrontant l'un des langages de l'adolescent, en l'occurrence le langage de ses symptômes, à l'un de mes langages, qui n'est autre que celui de ma culture médicale. » [25]. Le souci va être d'interpréter ce langage du corps, ce langage codé.

1.1.5. Un enjeu médical

Devant ces symptômes d'apparence somatique, c'est au médecin généraliste, au pédiatre que vont s'adresser les parents. La plainte somatique est le « ticket d'entrée » dans le système de soins.

La première étape est de s'assurer de l'absence de maladie sous-jacente. Puis, face à ces symptômes sans organicité prouvée, il peut être tentant de vouloir s'en « débarrasser » rapidement ou de les traiter symptomatiquement sans comprendre ce qui peut se cacher derrière ce premier plan de la scène clinique. L'adolescent a besoin d'être aidé pour

comprendre puis, pour accepter que les symptômes puissent témoigner d'un mal-être plus profond. La famille a, elle aussi, besoin d'explications.

Même si le symptôme ne nécessite pas une intervention médicale urgente au sens propre du terme, il y a urgence à le prendre en charge pour éviter les complications, telles des absentéismes scolaires prolongés, une surmédicalisation ou une évolution de la symptomatologie vers la chronicité. Lorsqu'ils mènent à une souffrance trop pénible, ces troubles doivent donc être repérés et traités.

Si les troubles de la conduite, considérés comme appartenant à la sphère du comportemental et donc de « l'observable », ont fait l'objet de multiples recherches épidémiologiques, les symptômes somatoformes, considérés comme « subjectifs », ont surtout fait l'objet d'études cliniques, psychologiques ou médicales. Pourtant, à terme, ils peuvent conduire à des comportements « à risque » tels que la prise de médicaments psychotropes, les tentatives de suicide ou les troubles des conduites alimentaires [41].

Les "plaintes floues" de l'adolescence sont en rapport avec l'insécurité ressentie et la peur de voir se modifier la dépendance aux parents de façon trop radicale. Ces plaintes corporelles sont aussi l'une des modalités d'expression de l'insatisfaction, de la contradiction, comme mode de régulation de la distance relationnelle avec les personnes investies, en particulier les parents. Par la plainte et plus particulièrement l'insatisfaction, les adolescents expriment d'une part leurs attentes à l'égard des parents - et donc leur dépendance affective -, et d'autre part affirment leur pouvoir d'échapper à l'emprise de ces mêmes parents, puisque la plainte persiste [42,55].

I.2. L'ADOLESCENCE

I.2.1. Définitions

Le terme adolescence - du latin *adolescere* : croître, grandir - désigne cette période de la vie de l'homme qui fait transition entre l'enfance et la vie adulte. L'entrée dans cette nouvelle phase est marquée par le phénomène physiologique qu'est la puberté. La fin, en revanche, en est plus difficile à déterminer [42].

La puberté résulte de la mise en route d'une chaîne de mécanismes biologiques complexes qui entraînent à leur tour une cascade de changements corporels rapides chez le jeune. Cette métamorphose va profondément modifier son champ d'expérience, son fonctionnement intellectuel, son fonctionnement affectif, son système relationnel et ses comportements sociaux. Selon A. Haim : « Le sujet procède au remaniement de l'image de lui-même et des autres, et du système relationnel de son Moi avec le milieu, jusqu'à l'organisation définitive de sa personnalité » [42].

Puberté et adolescence sont deux phénomènes différents mais fondamentalement complémentaires et indissociables. Le début du premier venant rompre le processus linéaire de croissance de l'enfant, marque l'entrée dans le deuxième et contribue à en initier la plupart des aspects [38].

L'adolescence débute approximativement à l'âge de 10 ans chez les filles et de 12 ans chez les garçons. La fin de l'adolescence n'est pas clairement délimitée et, selon W.A. Daniel, varie en fonction de critères physiques, mentaux, affectifs, sociaux et culturels qui caractérisent l'adulte. Il existe une grande variabilité selon les sujets. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les adolescents sont des individus âgés de 10 à 19 ans [4].

Ainsi, l'adolescence est-elle à la fois un phénomène physique : la puberté, et un phénomène psychosocial : l'expression donnée par une culture particulière aux changements physiologiques qu'apporte la puberté à chaque individu [42].

La transformation du corps constitue le changement le plus apparent que tout l'entourage de l'adolescent s'accorde à reconnaître. Le sujet n'est plus le même, ni pour lui-même, ni aux yeux des autres. Cette métamorphose physique fait qu'on a toujours assimilé l'adolescence à la puberté, qui est une notion physiologique. Récemment le concept d'adolescence s'est élargi aux aspects psychologiques et sociaux.

La construction de l'identité et la reconnaissance progressive de celle-ci par soi-même et par l'environnement, ce qui constitue l'enjeu de cette période de l'adolescence, ne peuvent s'effectuer sans quelques turbulences. Pour certains, le franchissement de ce passage se fait avec un bon équilibre, pour d'autres la rupture est plus difficile [41].

Si l'on s'attarde à ce que vivent ces adolescents, plutôt qu'aux malaises physiques qu'ils expriment, trois sous-groupes émergent. Certains apparaissent plutôt en réaction transitoire à un événement, d'autres vivent plutôt des difficultés psychosociales, d'autres enfin semblent en difficulté psychologique, coincés dans leurs tâches développementales, tristes ou anxieux, voire dépassés [6].

1.2.2. Le corps à l'adolescence

Le corps occupe, dès la naissance, une place privilégiée dans le vaste champ des interactions avec l'entourage en étant un lieu de soins, d'échanges et de communication. L'enfant ne va que très rarement verbaliser son malaise psychologique ; il va avoir recours à son corps pour manifester, via le dysfonctionnement de celui-ci, une souffrance qui ne trouve ni à se dire, ni à se conceptualiser. C'est souvent à l'adolescence que brutalement ce corps se met à faire du « bruit » et que le jeune nous donne à entendre sous la forme de plaintes ou de symptômes somatiques divers. Le corps joue là un rôle central dans le registre des interactions avec l'entourage et dans celui de l'activité fantasmatique.

Le corps est en effet au centre de la plupart des conflits de l'adolescence ; les transformations morphologiques pubertaires, l'irruption de la maturité sexuelle remettent en cause l'image du corps que l'enfant s'était construite progressivement.

Il est important de bien comprendre que la métamorphose pubertaire réalise un événement par essence irreprésentable puisqu'il ne réfère à aucune expérience antérieure. L'adolescent ne trouve pas les mots qui lui permettent d'exprimer ce qu'il ressent et éprouve. Ce ne sont pas seulement les changements apparents, les changements physiques, qui peuvent bouleverser l'existence du jeune, mais tout autant ses pensées, ses sentiments et émotions qui l'envahissent si soudainement, ce désir immense d'indépendance, ses idées noires, ses crises de larmes et ses fous rires, ses moments de gêne et d'inquiétude. Les multiples sentiments qu'il éprouve peuvent lui apparaître non partageables, non communicables. On

comprendra alors que lorsque l'adolescent nous dit se sentir « mal dans sa peau », il nous décrit en mots simples ce qu'il peut ressentir.

Annie Birraux écrit dans *L'adolescent face à son corps* : « L'adolescent est confronté à un corps double, le corps de la petite enfance qui est un corps familier, angélique, omnipotent et qui a reçu toutes les expériences de plaisir et de déplaisir ; et le corps pubère qui est un corps nouveau, non familier, sexuel, non représentable parce qu'il est le lieu d'éprouvés inconnus. L'issue favorable de l'adolescence dépend donc de la capacité que l'adolescent va avoir à unifier ces deux corps sous le primat du plaisir génital et de la complémentarité des sexes » [9].

L'adolescence est précisément cette période où l'individu fait l'expérience des contradictions et donc, du paradoxe et de la souffrance qu'elles engendrent [14].

Il est difficile pour un adolescent de ne pas ressentir les transformations de la puberté comme une sorte de violence subie, du fait même qu'il ne les choisit pas. La puberté vient introduire le trouble, le doute, l'indéfini ; autant de questions liées à l'impuissance de l'adolescent face aux changements corporels qu'il n'a pas choisis [42].

Le travail de reconnaissance, puis d'appropriation de ce corps, qui subit en quelques mois une mutation profonde, expliquent que de nombreuses conduites à l'adolescence passent par ce langage du corps. Le corps se trouve être l'objet de préoccupations, d'inquiétudes, d'angoisses, que la transition pubertaire augmente. Le corps est l'élément pivot de l'adolescence.

Le corps représente donc un extraordinaire moyen de communication et un véhicule privilégié d'expression des conflits et des souffrances, un lieu d'expression de ses identifications. Ce corps résiste, et c'est peut-être ce qui explique qu'il soit si fréquemment sollicité quand l'identité est mise à l'épreuve. Le langage du corps est donc un puissant révélateur, voire un amplificateur des préoccupations ou des difficultés, que celles-ci appartiennent au concret ou à une dimension plus existentielle [19].

Marianne Caflisch voit dans ces différents symptômes cités, l'expression d'un mal-être plus profond en le comparant à « un volcan en éruption, dont l'explosion est le signe visible d'un bouillonnement interne ». Une sensation corporelle peut être un moyen efficace pour manifester des émotions dépressives parfois trop envahissantes [18].

1.2.3 Un travail psychique

La nécessité des changements d'une part, celle des choix d'autre part, expliquent la vulnérabilité psychique potentielle de l'adolescent.

Les conduites bruyantes, les plaintes, les manifestations symptomatiques nombreuses que présentent les adolescents témoignent de ces contraintes et de ce travail psychique. Trois types de « menace » rôdent plus particulièrement autour de l'adolescence : la menace anxieuse, dépressive et addictive.

La menace anxieuse semble directement liée à l'émergence pubertaire, à la transformation du corps avec le flottement identitaire qu'elle suscite. Elle est également due à la nécessaire transformation des rapports avec l'entourage, les parents, les amis. Toute période de changement entraîne un certain degré d'anxiété.

- La menace dépressive résulte du nécessaire travail de perte et de deuil que toute adolescence implique, conjuguée au besoin d'éloignement vis-à-vis des parents réels mais plus encore vis-à-vis des images parentales que tout individu porte en lui.
- La menace addictive résulte de l'impossible renoncement que tout choix implique, en particulier les choix identitaires et affectifs. En effet, établir une relation avec autrui nécessite de reconnaître l'altérité de l'autre tout en acceptant de dépendre au moins en partie de l'autre et en assumant la nécessaire réciprocité [14].

Ce malaise vague et diffus peut témoigner de l'angoisse de l'adolescent. Il faut alors distinguer l'angoisse normale, temporaire, qui n'entrave ni la progression vers l'âge adulte, ni la capacité de tirer du plaisir de sa vie personnelle, d'un trouble psychique débutant interférant avec le développement psychique de l'individu. Dans ce dernier cas, le spécialiste doit reconnaître les différents types d'angoisse pathologique puis les traiter [14].

I.3. LA MEDECINE DE L'ADOLESCENT

Les jeunes consultent les professionnels de santé en moyenne quatre à six fois par an. Le médecin généraliste est le professionnel le plus consulté. Si les adolescents ne représentent pas numériquement une partie importante de sa clientèle, il demeure cependant très fréquemment le premier interlocuteur consulté sur les problèmes de santé, à la fois organiques et psychologiques. Soixante quinze pour cent des scolaires l'ont consulté au cours de l'année précédente. De plus l'enquête nationale de Marie Choquet et Sylvie Ledoux révèle que le nombre moyen de consultations auprès des praticiens libéraux est d'autant plus élevé que les jeunes sont en difficultés [22].

Il paraît intéressant, en préambule, d'étayer quelques points importants dans le soin des adolescents, et applicables en pédiatrie hospitalière comme en médecine générale.

I.3.1 La présence des parents

Lors de la consultation, et surtout lors de la première consultation, il est préférable de rencontrer l'adolescent seul. Il est crédible, compétent et le « malaise » lui appartient. Il est en général assez facile de le faire comprendre aux parents [4].

Il n'est pas étonnant que le jeune n'exprime que peu spontanément ses inquiétudes et ses difficultés, surtout lorsqu'il est accompagné de ses parents. Il est toujours pris dans un conflit de loyauté envers eux. Peut-il parler de ses soucis sans avoir le sentiment de les trahir, sans risquer de les désavouer ? [21]

En pédiatrie, cependant, il est nécessaire de passer par un médiateur interprète ; les parents sont donc rencontrés dans un second temps. Leur version est en général conforme à celle

de l'adolescent. Ils font aussi part de leurs propres observations, expriment leurs inquiétudes, leurs interrogations et leurs interprétations des symptômes. Les antécédents familiaux sont repris avec eux et il n'est pas rare de trouver des troubles similaires chez un membre proche de la famille. Ce second temps avec les parents se déroule en général en présence du jeune consultant.

1.3.2. Le secret professionnel

A priori, l'adolescent ne sait pas toujours précisément ce qu'il peut attendre des médecins. Beaucoup de jeunes pensent que le médecin a le droit de divulguer le contenu de la consultation [16]. C'est un des points qui met mal à l'aise l'adolescent et peut être un frein pour exprimer ses préoccupations. L'entretien du jeune se fait donc seul. La restitution aux parents ne se fait qu'après son accord sur « ce qu'on va dire », en sa présence et de manière à en respecter l'aspect confidentiel [41].

Le secret médical pour les adolescents, entre 15 ans et 18 ans, peut être absolu si cela n'interfère pas sur la santé de l'adolescent. Un traitement, à plus forte raison une intervention chirurgicale, ne peuvent être mis en place sans un accord.

L'obligation de secret professionnel est inscrite depuis le « Serment d'Hippocrate ».

Dans son article 226-13, le Code pénal souligne que « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende » [4].

Quant au Conseil national de l'Ordre des médecins, il impose au praticien, dans son article 44, « de prendre, en conscience, les mesures nécessaires pour protéger le patient en faisant preuve de prudence et de circonspection » [4].

La règle fondamentale du secret professionnel reste applicable aux mineurs. En pratique, cela veut dire que le médecin n'est pas tenu d'informer les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale des éléments de la consultation.

Cela étant, ces règles fondamentales ont connu avec le temps un certain nombre d'amendements, dans le respect d'une ligne de conduite qui donne valeur de principe au respect des personnes et de ce qu'elles jugent être conformes à leurs intérêts.

En effet, la loi, dans certaines conditions clairement définies, impose ou autorise la révélation du secret. L'article 226-14 du Code pénal (loi du 2 janvier 2004) précise sans ambages : « L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret » [4].

Rappelons d'abord ce que présente de spécifique le cas du mineur adolescent. Juridiquement parlant, le mineur est un « incapable ». Ce qui signifie que, sauf émancipation (possible à partir de l'âge de seize ans révolus), le jeune mineur demeure pleinement soumis à l'autorité parentale. Celle-ci se définit comme un ensemble de droits et de devoirs que père et mère exercent dans l'intérêt de leur enfant mineur jusqu'à sa majorité ou son émancipation. Conséquence logique, en matière de santé, les parents ont à la fois le devoir d'assurer le suivi médical du mineur, de se conformer aux obligations sanitaires et de consulter chaque fois que nécessaire. Ils bénéficient en outre d'un droit de contrôle sur la

plupart des décisions médicales prises ou à prendre, qu'il s'agisse de respect du droit à l'information ou du consentement aux soins [24].

Il importe de préciser que ces dispositions ne signifient pas que les parents disposent, en matière de santé comme dans les autres domaines, d'un pouvoir absolu sur leur enfant. Le Code civil, en son article 9, reconnaît au mineur le statut de personne ayant droit en tant que telle à une vie privée et une intimité [24].

Par ailleurs, l'usage (sanctionné par le Code de déontologie médicale dans son article 6 et par le Code de santé publique en son article L710-1) reconnaît à tout patient, même mineur, le droit de consulter le médecin de son choix. Le médecin a quant à lui la liberté de refuser la consultation à un mineur venu seul, en invoquant une « clause de conscience », mais, sitôt engagée une relation de soins, c'est-à-dire dès la première consultation, il se trouve soumis à la règle du secret professionnel [24].

De cette confrontation paradoxale entre le principe de l'autorité parentale, les droits du mineur et les obligations du médecin, il résulte donc que ce dernier peut très bien être conduit à observer le secret vis-à-vis des parents, respectant ainsi « le droit du mineur à des soins confidentiels » (Code de déontologie médicale, art. 6 ; Code de santé publique, art. L710-1, al. 1). Cela vaut, tout comme pour les adultes, de ce que le médecin aura appris de la bouche même du mineur comme de ce qu'il aura découvert à l'occasion des examens pratiqués [24].

La loi Kouchner du 4 mars 2002, relative au droit des malades, s'est tout particulièrement préoccupée des droits du mineur. Elle fait apparaître la volonté du législateur d'établir un compromis entre les droits classiques des parents et les prérogatives nouvelles accordées à leurs enfants. Cette loi donne aux parents un droit à l'information et leur reconnaît indirectement le droit de s'opposer à tout traitement médical (si leur volonté n'entraîne pas de graves conséquences sur l'état de santé du mineur). Du côté des mineurs, la loi réaffirme que si l'avis du mineur « peut être recueilli », le médecin doit alors « en tenir compte dans toute la mesure du possible » et « l'avis du mineur est pris en considération comme un facteur de plus en plus déterminant, en fonction de son âge et de son degré de maturité ». Une autre prérogative est prévue : le mineur a désormais le droit à ce que son état de santé soit tenu secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale, sous certaines conditions. Enfin, la nouvelle législation, dans la continuité des lois précédentes, organise la prise en charge anonyme et gratuite des interruptions volontaires de grossesse (IVG) et la prescription et délivrance de contraceptifs sans requérir le consentement parental. Une nuance est apportée dans le cadre des IVG, où le médecin doit s'efforcer d'obtenir le consentement de la mineure pour que les titulaires de l'autorité parentale soient consultés [33].

Nous n'aborderons pas ici le cas des violences physiques, psychiques ou sexuelles qui délient le médecin du secret professionnel, voire lui créent l'obligation de révéler [24].

1.3.3 Le motif de consultation

Il est important que le jeune formule sa demande, en ses termes.

Les jeunes consultent les professionnels de santé surtout pour des motifs ponctuels et de nature somatique (infections saisonnières, traumatismes accidentels). En pratique libérale, à

l'infirmerie scolaire, comme à l'hôpital, ces plaintes représentent les trois-quarts des consultations. Ainsi, il s'agit d'un dysfonctionnement passager du corps ou ce qui est perçu comme tel, qui constitue le premier motif de consultations. Ce qui peut expliquer pourquoi, par exemple, les médecins généralistes prescrivent si fréquemment un traitement médicamenteux (75% des cas) et ne sollicitent pas une nouvelle consultation (74% des cas) (Choquet et coll., 1992) [22].

Les maladies chroniques tout comme les problèmes psychologiques sont rarement évoqués comme motif de consultation, ni en pratique libérale, ni à l'infirmerie scolaire. Moins de 10% des jeunes viennent ainsi pour un de ces deux motifs. Ainsi, la chronicité des troubles, qu'ils soient somatiques ou psychologiques, est rarement à l'origine de la consultation, ce qui ne signifie pas que les troubles évoqués ne soient pas chroniques, mais que c'est le vécu « aigu » de ces troubles qui engendre la consultation. Ainsi, le fait d'avoir mal, voire très mal, motive 85% des consultations, rarement (13%) la persistance du symptôme [22].

A propos des maladies chroniques, il est important de souligner que certains jeunes, du fait de leurs pathologies, sont suivis essentiellement par des spécialistes. Les médecins de ces services spécialisés doivent eux aussi être convaincus de l'intrication du psychisme dans la symptomatologie et l'évolution de leurs patients.

Plus spécifiquement, moins de 5% des jeunes consultent pour des troubles psychologiques (troubles du sommeil, dépression, tentatives de suicide...), les filles étant deux à trois fois plus nombreuses que les garçons (Choquet et coll., 1992 ; Nastorg et coll., 2000) [11,20,53].

Reste la visite de prévention, qui peut prendre la forme d'une demande de certificat médical d'aptitude sportive ou d'une demande d'information ou de conseil. Il s'agit d'environ 15% des consultants [12].

Il s'avère donc que les jeunes sont, dans leur rencontre avec le professionnel de santé, très discrets sur leurs difficultés relationnelles et psychologiques qu'ils n'évoquent pas spontanément. Le médecin doit donc y être attentif et les évaluer à chacune des rencontres.

Parmi les divers professionnels de santé, les médecins généralistes sont indiscutablement les plus sollicités par les adolescents. En général, les trois-quarts ont consulté un généraliste au moins une fois dans l'année (le nombre moyen de consultations étant de 2,5 pour les filles et 2,1 pour les garçons) [4].

Seules quelques enquêtes s'intéressent au décalage qui existe entre la perception qu'ont les médecins généralistes des jeunes lors d'une consultation et celle qu'ont les consultants d'eux-mêmes.

Une enquête effectuée en médecine libérale sur l'initiative de Nastorg et coll. en 2000, dans douze départements, aborde cette question du « décalage » et permet de confronter les réponses des jeunes sur un auto-questionnaire complété avant la consultation et les conclusions de l'examen médical fournies en fin de consultation. D'après la corrélation entre la note de santé mentale évaluée par le médecin et le score de mal-être obtenu à partir du questionnaire, on constate que les médecins généralistes perçoivent difficilement les difficultés ressenties par les adolescents. Toutefois, il faut noter que les médecins ont une meilleure perception des difficultés des filles que celles des garçons [11,53].

1.3.4. La relation médecin-adolescent

L'adolescent est initialement reçu seul. C'est une chose dont il n'a souvent pas l'habitude et parler de lui, de son corps, de ce qu'il perçoit peut le dérouter. Le flou qui s'installe donc, qu'il soit l'expression d'une volonté ou qu'il relève de positions inconscientes, s'inscrit pour l'essentiel dans une batterie de positions défensives. Cependant, malgré les apparences, ces adolescents ont une grande attente par rapport aux adultes [25]. S'engage ensuite une négociation avec lui, l'essentiel sera de trouver un langage commun.

Le médecin généraliste est proche de la famille. Il connaît les valeurs de cette dernière, sa culture, son vécu. Il tient compte du contexte en faisant preuve de beaucoup de subtilité. Le généraliste, « médecin de famille », connaît l'adolescent depuis sa plus tendre enfance. Il dispose des éléments qui le renseignent non seulement sur l'évolution de son jeune patient, mais encore sur ses parents, leur état de santé ou les divers problèmes qu'ils connaissent ou ont pu connaître. Il est alors dans une position plus favorable pour identifier un problème purement somatique ou « une mauvaise passe » psychologique [41].

La qualité de la relation qui est établie avec l'enfant joue un rôle fondamental quel que soit le traitement décidé. Il est certain que chacun a sa façon d'entrer en contact avec un enfant ; il faut se garder de tout plagiat et élaborer soi-même, peu à peu, l'attitude qui paraît la plus adéquate. Il est cependant possible de cerner la notion de « relation thérapeutique » en se référant à des qualités subjectives, que chacun adoptera à sa personnalité et à sa pratique.

Pour être « thérapeutique », une relation suppose [24] :

- une grande disponibilité, c'est-à-dire que pendant le temps où l'on se trouve avec l'enfant, il faut être tout à lui, avoir la possibilité de prendre tout son temps, temps nécessaire pour qu'une relation s'établisse. Il est nécessaire, surtout lors des premiers entretiens, de lui poser des questions directes signalant ainsi que nous sommes prêts à l'écouter même s'il s'agit de sujets délicats, dont il n'oserait pas parler de lui-même.

« Il faut être à l'écoute des adolescents. Il faut les écouter, même s'ils n'ont rien à dire, parce que s'ils n'ont rien à dire, c'est parce qu'ils n'ont pas rencontré assez d'écoute » (Victor Courtecuisse) [23].

- une absence de préjugés : l'enfant vient pour parler de lui, il ne faut pas lui donner l'impression de le connaître avant de l'avoir entendu, même si ses parents nous ont renseignés sur lui, présentés la situation ; et il ne faut pas confondre le discours des parents et la réalité de l'enfant. Il faut donc l'aborder comme si l'on ne savait rien du jeune qui se présente.

- un désir de comprendre avant de guérir. C'est là sans doute un des aspects les plus difficiles et paradoxaux de la « relation thérapeutique ». Comme le dit D.W.Winnicott : « L'essentiel du processus de guérison vient de l'enfant lui-même. C'est à travailler pour lui donner les moyens de guérir par lui-même que le thérapeute doit s'atteler. Vouloir supprimer les symptômes n'est peut-être pas aller dans le sens le plus fondamental de l'enfant, qui est de poursuivre ou reprendre le développement de sa personnalité. Accompagner cet adolescent, c'est lui faire part du souci que l'on se fait pour lui, c'est le reconnaître dans sa souffrance, valider ses émotions et l'aider à formuler à sa manière une demande » [22].

- la capacité qu'a le médecin d'analyser ses propres attitudes, ses propres sentiments, afin de dégager la relation de ce que le thérapeute peut y projeter et qui vient faire écran entre lui et l'enfant.

- la capacité de s'identifier à l'enfant sans en perdre son identité. Cette capacité dépend de l'empathie qui est l'aptitude à éprouver ce que l'autre éprouve.

Toute communication injonctive, autoritaire a toutes les chances d'être rejetée. Ce qui semble déterminant, c'est la qualité du regard porté sur l'adolescent, du goût de l'échange avec les plus jeunes, de la prise en compte de sa personnalité, de la valorisation de ce qu'il est, de ses choix, de ses talents, de ses espoirs [30].

La relation entre le médecin et l'adolescent est une relation qui doit conduire à une alliance thérapeutique, dont Victor Courtecuisse affirme qu'elle est aussi indispensable que l'examen clinique ou les examens biologiques et radiologiques ; elle conditionne la transmission de données essentielles sur l'histoire, les événements et le vécu des adolescents. La confiance ne s'obtient pas sur commande, elle naît de la qualité du lien. L'adolescent n'entrera dans une relation de confiance que s'il se sent reconnu comme une personne à part entière, personne elle-même située dans l'extrême complexité des processus d'autonomisation et de dépendance mêlées, qui tout à la fois la portent, l'impulsent et la retiennent [23,24].

Toutefois, ces adolescents qui expriment leur souffrance à travers leur corps semblent parfois nous échapper et nous déranger, vont nous remettre en cause et parfois à l'épreuve [40].

Une des premières complications des malaises des adolescents est de provoquer le malaise du médecin [25]. L.Houllemere a dit : « Si les jeunes ont la « trouille » des médecins, l'inverse est parfois vrai ! » [41]

1.3.5. Médecine de l'adolescent

En matière de santé, existe-t-il une spécificité adolescente ?

Il est important que soient formés ceux à qui s'adressent spontanément les adolescents pour être en mesure d'apporter rapidement une prise en charge adéquate.

Ainsi, le programme Euteach (European Training in Effective Adolescent Care and Health) vise-t-il à mettre à disposition des responsables européens d'enseignement médical, un curriculum de formation complet et modulaire portant sur la médecine et la santé des adolescents. Se créent des lieux et des institutions dans lesquels une sensibilisation aux besoins de santé et une formation à l'approche spécifique des adolescents est proposée aux étudiants et aux médecins en formation [58]. En effet, jusqu'à présent les programmes officiels des facultés de médecine ne comprennent que peu de cours sur la prise en charge des adolescents ; or, c'est un des âges de la vie qui comporte des besoins complexes et spécifiques. Depuis 2000, des modules sur la médecine de l'adolescent sont dispensés dans quelques facultés françaises.

Il existe en France un dispositif d'aides et de soins auquel peuvent s'adresser les jeunes. Il s'agit d'une part des structures ouvertes à toute la population (hôpitaux, médecine libérale...), mais aussi des institutions destinées spécifiquement aux jeunes (santé scolaire, services d'aide téléphonique...). La santé des adolescents est devenue une question de santé publique. Depuis une dizaine d'années, les pouvoirs publics se sont souciés de développer des lieux d'écoute pour les adolescents (dans les écoles, à travers des « points écoutes », ou par la création de lignes téléphoniques). Parallèlement, de nombreuses

campagnes de sensibilisation se sont données pour objectif d'aider les adolescents à protéger leur santé.

Certains établissements hospitaliers ont créé des structures spécifiquement destinées aux adolescents. La première unité a été ouverte en 1982 à l'hôpital Bicêtre par le Pr Courtecuisse, puis dirigée par le Dr Alvin. Il s'agit d'une structure qui reste originale : réservée aux filles et aux garçons de 13 à 19 ans, l'unité d'hospitalisation de vingt lits est étroitement couplée à une consultation externe spécifique. L'équipe soignante, pluridisciplinaire et spécialement formée, réunit pédiatres, infirmiers, psychothérapeutes, gynécologues, assistantes sociales, animatrices, etc. Cette conception a largement contribué au développement de la recherche sur les adolescents et a su inspirer d'autres initiatives dans l'Hexagone. Le corps médical a entendu et visiblement compris l'importance de la mise en place de structures médicales diversifiées consacrées aux seuls adolescents [30].

Peu à peu émerge l'idée d'une « médecine de l'adolescent », nouvelle discipline plus que nouvelle spécialité en ce sens qu'il s'agit d'une médecine polyvalente attentive à l'ensemble de la personne, l'adolescent, en ce qui concerne les divers aspects de sa santé physique mais aussi développementale, psychologique, interactive avec sa famille et ses parents, scolaire et sociale. Cela implique un regard extensif sur l'ensemble de la situation [30].

Faire de la prévention auprès des jeunes n'est pas chose simple. Premièrement, parce que la santé n'est pas une préoccupation de la jeunesse, ensuite parce que les actions de prévention doivent reposer sur l'écoute et la confiance et enfin, pour être cohérentes, ces actions doivent s'inscrire dans un travail d'équipe. « Que le temps passe sans trop de casse » (D.W.Winnicott) [22].

Il paraît capital de favoriser l'accès des jeunes aux services de soins et de sensibiliser les professionnels de santé aux enjeux de l'adolescence, car ces jeunes doivent être compris et aidés au moment où ils franchissent une étape décisive de leur vie.

Cette période de l'adolescence est à la fois riche et vulnérable, elle est aussi féconde et fragile, et le corps social dans son entier devrait en prendre conscience. Ce qui émerge au terme de l'adolescence, c'est finalement un adulte, c'est-à-dire une personne dont toutes les racines tiennent à l'enfance et à l'adolescence. Tout ce qui aura fait faille dans l'une ou l'autre de ces périodes risque de le fragiliser. A l'inverse, si le sujet les a traversées dans un terrain sûr et suffisamment ouvert, il a les meilleures chances d'en émerger convenablement équipé pour faire face aux conflits qu'il ne peut éviter de rencontrer au cours de sa vie d'adulte. Ce sont donc des enjeux considérables qui se jouent en quelques années. En peu de temps, tout peut être gagné ou dangereusement compromis. La santé de l'enfant et celle de l'adolescent mettent en jeu tout l'avenir [23].

I.4. UNE MEDECINE A DOUBLE VOLET

Comme le souligne Victor Courtecuisse : « Quand les organes sont « innocents », c'est à dire quand la médecine échoue dans sa recherche des « lésions », force est alors de prendre acte du fait que l'on est entré du même coup dans la médecine des symptômes. Or

de cette médecine, on peut dire aujourd'hui qu'elle est progressivement devenue « parent pauvre ». Tout comme si elle avait souffert en contre-coup du développement de la biomédecine » [25].

Progressivement on s'oriente vers une ségrégation qui va définir deux groupes de malades : d'un côté les « vrais malades », ayant une atteinte organique objective, et qui relèvent de la « vraie médecine », et de l'autre côté, « les autres », dont on va en général tenter de « se débarrasser » sous couvert de tenter de les « débarrasser » de leurs symptômes, notamment par des ordonnances lourdes, qui comportent de nombreux médicaments, toujours un peu similaires : anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs..., dont l'efficacité est discutable, tandis que les effets secondaires loin d'être négligeables [25].

Avec les adolescents, ces symptômes posent le problème des frontières du médical, du psychique, du psychopathologique, voire de l'existentiel. La leçon est qu'il existe « une sémiologie » de la souffrance à l'adolescence et qu'au lieu de l'entendre, on a plutôt tendance à la minimiser ou à la dénier [23].

De plus, cette dichotomie « malades organiques / malades fonctionnels » serait assez claire à deux clauses près.

Il faudrait d'abord qu'il n'y eut jamais d'erreurs de diagnostic, c'est-à-dire que l'on ne prît jamais un patient « organique » pour un patient « fonctionnel » et réciproquement. Il faudrait aussi que les deux catégories de faits ne s'intriquent jamais. Or un patient « organique » a parfaitement le droit d'être parasité par des symptômes fonctionnels, sans que cela change quoi que ce soit à la réalité de sa maladie d'organes, même si cela peut en changer les apparences.

De même, un patient dont les troubles s'avèreront finalement fonctionnels peut, parfois, souvent ou longtemps, donner le change avec une pathologie organique.

En d'autres termes, tout serait clair s'il n'y avait pas de nombreuses interactions entre ces deux types d'expression pathologique, sources potentielles de beaucoup de confusion [25]. Il est donc artificiel voire dangereux d'opposer ces deux médecines : l'adolescent s'engage « corps et âme », pourrait-on dire, dans diverses conduites bruyantes et/ou déviantes comme autant de manifestations d'un « malaise », d'un conflit psychique ou inversement, exprime une souffrance d'origine somatique par des manifestations comportementales [30].

Un des enjeux face à ces "symptômes flous" des adolescents va être de s'assurer de l'absence de lésion organique, puis de prendre en charge ces jeunes qui souffrent réellement, sans qu'ils se sentent délaissés ou incompris par le système médical. Pour nous, médecins, cette prise en charge est bien souvent complexe, ces adolescents nous remettant en cause et nous mettant parfois à l'épreuve.

La reconnaissance de l'impact majeur et de l'importance des troubles à expression somatique sur le système de soins devrait permettre une meilleure évaluation, compréhension et prise en charge.

II- CLASSIFICATION PSYCHIATRIQUE

II.1. GENERALITES

Les troubles pour lesquels on peut invoquer une relation entre *psyché* et *soma* sont très nombreux et ils appartiennent à des catégories différentes qu'il importe de distinguer :

- 1) Les troubles psychiques secondaires à des atteintes organiques, ayant touché directement le système nerveux central (encéphalites, tumeurs cérébrales, etc.), ou handicapé gravement et durablement l'intégrité corporelle de l'enfant (paralysies, dystrophies, maladies chroniques, déficits sensoriels, etc.).
- 2) Les troubles somatiques dans la genèse et l'évolution desquels on peut valablement évoquer un facteur psychologique, soit prédominant, soit partiel.

Ces relations entre *psyché* et *soma* sont de natures bien différentes, selon qu'il s'agit, dans une première distinction bien schématique, de :

- symptômes de conversion hystérique qui, en tant qu'expression somatique de conflits psychiques inconscients, ont une valeur symbolique complexe et comme tous les symptômes névrotiques peuvent être considérés comme un compromis entre la pulsion et l'interdit
- troubles fonctionnels, où l'on constate la perturbation d'une fonction vitale de l'organisme, sans atteinte lésionnelle
- maladies dites psychosomatiques ou à participation psychosomatique, comme certains asthme, eczéma... Pour Kreisler, il s'agit de maladies physiques authentiques dont le déterminisme et l'évolution reconnaissent le rôle de facteurs psychologiques et conflictuels. Le trouble psychosomatique peut ne se différencier en rien dans son expression clinique de la maladie organique primitive [2].

Notons d'emblée deux points essentiels concernant cette symptomatologie « psycho-fonctionnelle » :

- les manifestations qui caractérisent ces troubles ne sont pas spécifiques ; ceux-ci posent donc, dans tous les cas, un problème de diagnostic : s'agit-il d'une maladie organique ou d'un trouble de nature fonctionnelle ?
- le terme global de « fonctionnel » pour désigner tous ces troubles ne doit pas cacher leur diversité. On voit qu'il n'est pas possible de proposer un modèle de compréhension unique de l'ensemble de la pathologie.

Racamier a écrit : « Les deux [conversion hystérique et maladie psychosomatique] résolvent des conflits par la voie corporelle, tous deux apportent le bénéfice secondaire de la maladie » mais le trouble hystérique est l'expression du conflit psychique, le trouble psychosomatique est conséquence somatique d'affects ou de pulsions réprimés. « Son

corps est pour l'hystérique un *instrument*, il est pour le trouble psychosomatique une *victime* ; si le premier parle avec sa chair, l'autre souffre dans sa chair » [2].

II.2. TROUBLES SOMATOFORMES

Les classifications internationales actuelles regroupent sous ce registre un ensemble de troubles dont les mécanismes psychopathologiques ne sont pas univoques mais nécessitent une démarche clinique commune : l'élimination d'une étiologie organique.

Sur le plan diagnostique, ces troubles somatoformes doivent être différenciés des troubles psychologiques secondaires à une pathologie organique. Sont exclus les manifestations psychosomatiques présentant des lésions, une physiopathologie propres (asthme, colites...) et les troubles factices.

Il est souvent difficile de porter un diagnostic définitif et univoque de troubles somatoformes à l'adolescence tellement les problématiques sont complexes et intriquées, la propension à s'exprimer par le corps fréquente et non spécifique, les symptômes non ou mal structurés.

Les formes cliniques regroupent : le trouble somatisation, le trouble somatoforme indifférencié, le trouble conversion, le trouble douloureux, l'hypochondrie et la dysmorphophobie [38].

II.3. DEFINITIONS

II.3.1. Conversion somatique/Conversion hystérique

La conversion est la transformation d'une excitation psychique en symptôme somatique [38].

Pour Freud, l'hystérie est une névrose dont les symptômes sont la manifestation de conflits psychiques inconscients, c'est-à-dire symptômes naissant du refoulement hors du conscient d'une idée intolérable, d'une expérience traumatique. Cette névrose s'exprime par des troubles réversibles à caractère somatique qui ne résultent d'aucune cause organique.

Dans l'hystérie de conversion, un affect fortement investi est écarté de l'élaboration consciente et emprunte une mauvaise voie menant à une innervation corporelle. Ce processus contribue à la formation d'un symptôme, compromis entre la tendance à la satisfaction de la motion pulsionnelle et la défense qui lui est opposée par le Moi et le Surmoi [38].

La conversion ne succède pas immédiatement au traumatisme mais après une période d'incubation. Les symptômes présentés sont l'expression symbolique des conflits infantiles. Le symptôme hystérique est donc considéré comme le symbole mnésique de fantasmes sexuels devenus inconscients sous l'effet du refoulement et de l'après-coup à la puberté. La

conversion consiste en une transposition d'un conflit psychique et une tentative de résolution de celui-ci dans des symptômes somatiques (moteurs ou sensitifs).

La névrose hystérique se caractérise par l'association (ou l'alternance) de deux types de manifestations : les symptômes névrotiques proprement dits et les traits de la personnalité hystérique.

Les conversions somatiques sont encore appelées conversions hystériques, reprenant la tradition historique et la terminologie adulte.

Les symptômes de conversion hystérique sont parmi les « troubles psychiatriques à expression somatique » les plus fréquents à cette période de la vie. Ils sont la source de « bénéfices secondaires », c'est à dire d'une position par rapport à autrui (dépendance, intérêt, pitié) que l'hystérique recherche, qui le soulage de son angoisse ; malgré la gêne fonctionnelle parfois importante qu'ils provoquent, l'hystérique tient à ses symptômes de conversion [38].

Cliniquement, les manifestations hystériques de l'enfant et de l'adolescent peuvent être classées en trois rubriques :

- des troubles paroxystiques : la « Grande crise » pseudo-épileptique systématisée par M. Charcot, actuellement très rare ou beaucoup plus fréquemment des crises atténuées, pseudo-épileptiques mineures, syncopales, avec tremblements...

- des troubles durables :

- des désordres tonico-moteurs : des paralysies fonctionnelles (ayant une distribution ne correspondant pas à l'anatomie scientifique mais à l'anatomie populaire ou imaginaire personnelle du sujet), des contractures

- des troubles sensitifs ou sensoriels : des anesthésies, des hyperesthésies

- des manifestations viscérales : des spasmes digestifs, des vomissements, des syndromes douloureux urinaires

- des manifestations psychiques : des troubles de la mémoire, des illusions mnésiques, des hallucinations hystériques

Il faut signaler enfin que l'imitation par l'enfant de manifestations hystériques est une éventualité fréquente ; l'enfant imite un trouble vu chez l'un de ses parents ou camarade ; c'est la contagiosité des symptômes hystériques expliquant les célèbres épidémies de pensionnats.

- les traits de personnalité hystérique : suggestibilité, théâtralisme, exagération des attitudes et des affects, exaltation imaginative, dépendance et souci de plaire. Il faut souligner, cependant, que les traits de personnalité hystérique sont peu caractéristiques chez l'enfant qui s'exprime volontiers sur ce mode sans que, pour autant, cela ait une valeur pathologique [38].

La CFTMEA (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent) conserve une référence à l'hystérie de l'enfant et de l'adolescent sous la forme suivante : « Troubles névrotiques évolutifs à dominante hystérique ». En revanche ni la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies), ni le DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual) ne conservent cette référence en tant que telle. Ce qui était autrefois regroupé sous le vocable « hystérie » se trouve dispersé entre « troubles somatoformes », « conversion » et « troubles dissociatifs » [38].

Si les troubles hystériques sont assez rares en clinique pédopsychiatrique (estimés à 0,5% des diagnostics, avec une nette prédominance féminine), ils sont cependant loin d'être

exceptionnels. La plupart des auteurs admettent que l'on peut parler de conversion « hystérique » à partir de 8-10 ans, de la période de latence et qu'il existe un pic de fréquence quand s'annoncent les premières transformations pubertaires. On préférera, chez l'enfant plus jeune, la notion de troubles fonctionnels, de somatisation, de troubles psychosomatiques.

Se pose souvent le problème de la limite entre conversion et somatisation, celui du début de l'activité symbolique chez l'enfant, du début du refoulement. Cette limite est plus floue.

La conversion doit se différencier des somatisations multiples : céphalées, douleurs abdominales, vomissements, fatigue... qui cachent souvent une angoisse importante qui ne peut être révélée en tant que telle. L'enfant utilise alors la plainte corporelle pour traduire ses peurs, ses appréhensions, son insécurité, sa tristesse et son malaise relationnel.

II.3.2. Somatisation

La somatisation ou « trouble fonctionnel » peut être définie par la survenue de une ou plusieurs plaintes physiques au bout de laquelle une évaluation médicale appropriée ne révèle pas d'explication de pathologie physique ou de mécanisme physiopathologique [43].

Ces symptômes sont multiples, variables, récurrents et fluctuants, suggérant une pathologie médicale sous-jacente, ils ne sont pas feints et ne sont pas expliqués par un trouble psychiatrique. Ils sont donc à différencier d'une pathologie physique sous-jacente, d'un trouble psychiatrique, de troubles factices ou de désordres psychologiques accompagnant une maladie organique [43]. Le symptôme n'est pas forcément récent, mais depuis un certain temps, il entraîne un changement majeur dans le fonctionnement scolaire, familial ou social. Ce symptôme est à l'origine d'un sentiment persistant de détresse et amène le sujet à demander des consultations et des investigations répétées. Les gains secondaires ne sont pas toujours présents mais les activités habituelles sont toujours modifiées [6].

Dans les critères de la CIM 10, on retrouve également :

- Le refus persistant d'accepter les conclusions des médecins concernant l'absence de toute cause organique pouvant rendre compte des symptômes somatiques, sauf pendant de courtes périodes pendant ou immédiatement après une investigation médicale
- La présence d'au moins six symptômes parmi une liste jointe (annexe 2)

Proche de ce trouble somatisation est individualisé le trouble somatoforme indifférencié. Il consiste en une ou plusieurs plaintes somatiques variables dans le temps et persistant pendant au moins six mois. Le tableau clinique est moins complet et typique que celui du trouble somatisation. Les conséquences socio-familiales et scolaires sont moindres voire absentes. Ce trouble semble beaucoup plus fréquent à l'adolescence et s'exprime par de la fatigue, une perte d'appétit, des troubles gastro-intestinaux ou urinaires... pouvant être à l'origine d'une souffrance cliniquement observable [38].

A l'adolescence, ce trouble somatisation est rarement isolé ; il s'accompagne de troubles anxieux et/ou dépressifs. Plus rarement, mais devant être recherché, un trouble délirant d'une schizophrénie peut débuter par des préoccupations corporelles [38].

Une classification américaine assez récente « the current classification of somatization in children and adolescents for primary care » regroupe sous cette entité « somatisation » : les plaintes somatiques, les tableaux douloureux, les troubles conversifs.

La classification DSM IV inclut en plus l'hypochondrie et les plaintes dysmorphiques corporelles.

II.3.3. Hypochondrie

L'hypochondrie se traduit par la crainte ou la croyance d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée de certaines sensations ou symptômes physiques, alors qu'on ne retrouve aucune affection médicale [5].

La CIM 10 stipule dans ses critères diagnostiques qu'il s'agit :

- soit de la croyance, persistant au moins six mois, d'être atteint d'une ou au plus de deux maladies somatiques sérieuses (dont l'une au moins doit être désignée spécifiquement par le patient)
- soit de la préoccupation persistante concernant un défaut ou une disgrâce physique supposée (dysmorphophobie)

L'hypochondriaque expose une sémiologie riche et détaillée, associée à une interprétation étiopathologique ; il porte attention à la moindre sensation inhabituelle, revendique des soins, cherche à convaincre qu'il est malade et refuse d'accepter les conclusions des médecins concernant l'absence d'étiologie organique.

Le mécanisme de défense utilisé est le clivage d'avec une partie du corps. En effet, dans l'hypochondrie, la propre haine du patient se fixe sur un organe. Cette agressivité trouve son origine dans des déceptions, rejets et deuils anciens ayant valeur de perte narcissique.

Pour certains auteurs, l'hypochondrie semble être un trouble anxieux centré sur la santé. Les modifications morphologiques de la puberté suscitent de nombreuses interrogations sur le corps et les sensations qui s'y rapportent, ces inquiétudes se traduisant par de fréquentes craintes hypochondriaques qui sont cependant banales à l'adolescence la plupart du temps.

II.3.4. Syndrome douloureux somatoforme persistant

Par la définition de la CIM 10, item F45.4, il s'agit de la douleur persistante (pendant au moins six mois, en permanence et presque tous les jours), intense, et s'accompagnant d'un sentiment de détresse, n'importe où dans le corps, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, et qui constitue en permanence la préoccupation essentielle du patient.

Ce trouble ne survient pas dans le cadre d'une schizophrénie ou d'un trouble apparenté, d'un trouble de l'humeur, d'une somatisation, d'un trouble somatoforme indifférencié ou d'un trouble hypochondriaque.

II.3.5. Autres troubles somatoformes

Il s'agit de l'item F45.8 de la CIM 10.

Dans ces troubles, les plaintes concernent des manifestations qui ne sont pas médiées par le système neurovégétatif et qui se rapportent à des systèmes ou des parties du corps spécifiques, par exemple à la peau. Ils se différencient ainsi de la somatisation (F45.0) et du trouble somatoforme indifférencié (F45.1), dans lesquels l'origine des symptômes et des sentiments de détresse est attribuée à des systèmes ou parties du corps multiples et variables. Il n'existe pas d'atteinte lésionnelle.

On doit également classer ici tout autre trouble des sensations non classé ailleurs, non dû à un trouble physique, survenant en étroite relation temporelle avec des événements ou des problèmes stressants, ou conduisant à une prise en charge accrue par l'entourage et les médecins.

II.3.6. Simulation

La caractéristique essentielle de la simulation est la production intentionnelle de symptômes psychiques ou psychologiques inauthentiques ou grossièrement exagérés, motivés par des incitations extérieures telles que : éviter de travailler, obtenir des compensations financières, éviter des obligations..., donc permettant d'en retirer un bénéfice évident.

Il faut bien noter que la différence entre conversion et simulation repose davantage sur des critères psychopathologiques structuraux que sur des différences cliniques somatiques fondamentales. Ces deux troubles ont en commun de ne comporter aucune authenticité anatomique et physiopathologique ; les organes et les fonctionnements sont indemnes, sauf s'ils sont l'objet d'une altération secondaire. Cependant la conversion est liée à des intentionnalités et à la mise en œuvre de mécanismes de défense inconscients [54].

A la différence du trouble factice, la production délibérée des symptômes, dans la simulation, est motivée par des incitations extérieures [38].

Chez l'enfant, on emploie ce terme pour la simulation volontaire et consciente d'un trouble ou d'une maladie permettant d'en tirer un bénéfice évident, les troubles disparaissant généralement une fois obtenue l'assurance qu'on ne leur imposerait pas la situation gênante. Les limites entre ces définitions sont cependant difficiles à situer [38].

Les médecins et les mères de famille savent bien que les enfants « inventent » des troubles pour ne pas aller à l'école, pour se soustraire à un contrôle ou à une punition. Les troubles disparaissent généralement une fois obtenue l'assurance de les éviter.

Il arrive que l'enfant souffrant de conversion soit injustement considéré comme un simulateur. Les bénéfices secondaires évidents obtenus à partir de son statut de malade évoquent souvent à tort la simulation et suscitent volontiers des contre-attitudes régressives. La réprobation et le rejet dont l'enfant fait alors l'objet empêchent la prise en compte de sa souffrance psychologique et favorisent l'éclosion d'autres manifestations symptomatiques.

Cependant, les symptômes de conversion peuvent être secondairement « exploités » par un enfant désireux de sauvegarder certains profits et de maintenir l'intérêt qui lui est ainsi porté [50].

II.3.7. Anxiété/Angois

On définit généralement l'angoisse comme « un affect pénible en relation, soit avec une situation traumatisante actuelle, soit avec l'attente d'un danger lié à un objet indéterminé impliquant donc une notion de menace, d'insécurité dont le sujet ne perçoit pas clairement les sources ». Il existe donc un double versant somatique et physique de l'angoisse ; à noter que dans la terminologie médicale traditionnelle, le terme d'anxiété est réservé au versant psychique et celui d'angoisse au versant somatique [38].

L'angoisse n'est pas toujours facile à repérer chez l'enfant. Ses manifestations sont extrêmement polymorphes, il peut s'agir :

- d'un malaise général de l'enfant perceptible dans sa présentation, ses gestes, sa voix, son visage
- de perturbations fonctionnelles du sommeil, de l'alimentation...
- de plaintes somatiques variées. En pratique, les problèmes sont souvent complexes car, de telles plaintes ne sont-elles pas qu'une certaine manière, pour l'enfant, de formuler son malaise psychique ? Ne sont-elles pas la traduction d'une réelle douleur physique ? Dans ce cas, l'angoisse est-elle un facteur déterminant du trouble, comme pour certains vomissements ou certaines douleurs abdominales apparaissant lors du départ à l'école chez des enfants supportant mal la séparation de leur entourage familial ? ou bien n'est-elle pas uniquement la réaction, la conséquence d'une authentique affection somatique masquée derrière des réactions d'inquiétude et d'anxiété ?
- de passages à l'acte spectaculaires, agressifs ou non, pseudo-colères qui sont en fait de véritables crises d'angoisse

Il importe pour le clinicien de différencier la marque d'un développement affectif pathologique, de la simple traduction transitoire des conflits normaux de la vie de tout enfant.

II.3.8. Troubles factices

C'est la production feinte et intentionnelle de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques, dans le but de jouer le rôle de malade, sans autre motivation utilitaire [38].

Le malade provoque lui-même les lésions correspondant à une maladie physique en dissimulant les méthodes employées pour arriver à un tel résultat.

Ces troubles factices, ou production intentionnelle de symptômes, ont une motivation interne non liée directement à la nécessité d'échapper à une situation, il n'y a pas d'arguments déterminants en faveur d'une motivation externe, et ils surviennent sur une personnalité pathologique.

Les exemples les plus courants sont : le Syndrome de Münchausen et l'asthénie de Ferjol.

Ils ne rentrent pas dans les entités des troubles somatoformes, il s'agit là d'un diagnostic différentiel [38].

Toutes ces définitions sont complexes et ne correspondent pas à la pratique médicale, hormis celle des psychiatres. Les médecins ont parfois les plus grandes difficultés à établir une distinction nette entre l'hystérie, l'hypochondrie et les plaintes fonctionnelles des états anxieux ou dépressifs. Ces patients se cachent derrière leurs symptômes psychosomatiques [11].

Il importe peu pour le pédiatre ou le médecin généraliste de classer précisément ces symptômes puisque leurs prises en charge présentent des similitudes mais, il paraissait important d'en mentionner les définitions.

II.4. CLASSIFICATIONS

Au cours des dernières décennies, les psychiatres ont constaté l'influence majeure des classifications sur l'approche clinique, la thérapeutique et, plus largement, sur l'orientation des recherches et des systèmes de soins.

La nécessité d'une classification en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent a récemment été admise, du fait de la reconnaissance tardive de la spécificité de cette période évolutive où se structure la personnalité.

Cette approche classifiante permet de connaître un enfant ou un adolescent à une période de son développement, mais nous devons garder à l'esprit que la pathologie infanto-juvénile n'est en aucun cas fixée.

II.4.1. D.S.M IV (*Diagnostic and Statistical Manual*)

Le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux s'est développé à partir de 1952 sur l'initiative de l'Association Américaine de Psychiatrie. Le DSM IV prendra effet en France en 1996.

L'approche adoptée par le DSM IV vise à éliminer toute interprétation dans l'établissement d'un diagnostic. Pour y parvenir, des critères diagnostiques précis ont été définis et un nombre minimum de symptômes est nécessaire pour qu'un diagnostic soit posé. Il s'agit donc d'une classification relativement rigide, syndromique, s'intéressant à des troubles et non pas à des maladies.

Cette classification est difficilement applicable en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent par rapport aux critères cliniques qu'emploie la grande majorité des pédopsychiatres français.

Le DSM IV ne mentionne plus l'hystérie contrairement au DSM III qui rattachait tous les troubles de conversion à l'hystérie de conversion. Il sépare les conversions somatiques (classées parmi les « troubles somatoformes ») et les conversions psychiques (appartenant aux « troubles dissociatifs »). Les troubles somatoformes comprennent : le trouble « somatisation » (incluant l'hypochondrie), le trouble « conversion » (réduit à la conversion pseudo-neurologique) et le trouble « algie ». Les troubles dissociatifs englobent les manifestations traditionnelles de l'hystérie à expression psychique : amnésie, fugue, trouble de l'identité.

Les troubles somatoformes, en général, sont caractérisés par la présence de symptômes physiques faisant évoquer une affection médicale mais qui ne peuvent s'expliquer complètement ni par une affection médicale générale, ni par un autre trouble mental. Ils ne sont pas produits par la simulation. Ils sont associés à des facteurs psychologiques : leur instauration ou leur exacerbation est précédée de facteurs conflictuels. Ils altèrent le fonctionnement social et professionnel. Le diagnostic précis « somatization disorder » requiert au moins quatre plaintes douloureuses, deux symptômes de la sphère gastro-intestinale, un symptôme de la sphère sexuelle et un symptôme pseudo-neurologique [36].

Le trouble « somatisation » :

Il correspond aux symptômes non-neurologiques, permanents ou paroxystiques, de la conception traditionnelle.

Le trouble « conversion » :

Il est caractérisé par la présence de symptômes ou déficits touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensorielles, suggérant une affection neurologique ou médicale générale ; on parle de troubles « pseudo-neurologiques ».

Le trouble « algie » :

Une douleur dans un ou plusieurs territoires anatomiques est au centre du tableau clinique, et est d'intensité suffisante pour justifier un examen clinique. Cette douleur est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social ou professionnel. Il semble que des facteurs psychologiques jouent un rôle important dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation ou la persistance de la douleur. Le symptôme n'est pas produit intentionnellement ou feint et n'est pas mieux expliqué par un trouble de l'humeur, un trouble anxieux ou un trouble psychotique.

II.4.2. CIM 10 (Classification Internationale des Maladies)

Il s'agit de la 10^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Le chapitre 5 concerne les troubles mentaux et du comportement.

Comme les DSM III et IV, la description est commune aux troubles de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte.

La CIM 10 regroupe les troubles dissociatifs et les symptômes de conversion en une seule entité (F44) : les « troubles dissociatifs (de conversion) » (annexe 2).

Alors que les catégories F44.0 à F44.3 caractérisent les troubles dissociatifs « psychiques » (amnésie dissociative, fugue dissociative, stupeur dissociative et état de transe et de possession), les critères F44.4 à F44.7 concernent les « troubles de la motricité et des organes des sens » (troubles moteurs dissociatifs, convulsions dissociatives, anesthésie dissociative et atteintes sensorielles, et troubles dissociatifs de conversion mixtes).

« Les troubles de la motricité et des organes des sens » se caractérisent par une perte ou une altération de la motricité, de la sensibilité ou des fonctions sensorielles, faisant suggérer un trouble physique, sans pouvoir être rattachés à une affection somatique connue.

La conversion somatique est donc classée parmi les troubles dissociatifs (de conversion) (F44), eux-mêmes appartenant aux troubles névrotiques. S'il existe une catégorie F44.82 « troubles dissociatifs de conversion transitoires survenant dans l'enfance ou l'adolescence », il n'y a pas de critère spécifique pour cette tranche d'âge.

Dans cette classification, les troubles dissociatifs sont considérés comme « 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. De ce fait, il est souvent possible d'élaborer des interprétations et des hypothèses concernant des moyens mis en œuvre par le patient pour affronter un facteur de stress intolérable.

La CIM 10 spécifie qu'il faut inclure, dans ces troubles dissociatifs, les diagnostics d'hystérie, d'hystérie de conversion, de psychose hystérique et de réaction de conversion. Il semble cependant actuellement préférable d'éviter autant que possible ce terme « d'hystérie », en raison de ses nombreuses significations.

Enfin, cette définition des troubles dissociatifs pourrait faire penser qu'il s'agit des troubles somatoformes mais la CIM 10 stipule que les patients souffrant de troubles somatoformes font des demandes réitérées d'investigations médicales, ce qui ne semble pas être le cas dans les troubles conversifs.

Les troubles somatoformes (F45) englobent le trouble somatisation (F45.0), le trouble somatoforme indifférencié (F45.1) et le syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Ils englobent également le trouble hypochondriaque (F45.2), les dysfonctionnements neurovégétatifs somatoformes (F45.3), les autres troubles somatoformes (F45.8) et le trouble somatoforme sans précision (F45.9).

Ces troubles sont moins bien définis que par le DSM IV.

II.4.3. C.F.T.M.E.A (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent)

Elle a été mise au point par Roger Misès et ses collaborateurs en 1984 puis régulièrement modifiée pour s'adapter aux orientations dominantes de la pédopsychiatrie en France. Elle est spécifique à la psychiatrie infantile. La dernière version de la classification française, dénommée CFTMEA R-2000, a été présentée en octobre 2001. Il s'agit de la quatrième révision. Une attention particulière a été accordée à l'établissement de nouvelles correspondances avec la CIM 10.

C'est une classification statistique bi-axiale dotée d'un glossaire. L'axe I est un axe clinique, consacré aux catégories cliniques de base, l'axe II est consacré aux facteurs associés ou antérieurs éventuellement étiologiques. Le glossaire contient des définitions et des critères d'inclusion et d'exclusion. Cette classification fait du symptôme l'élément discriminatif au détriment de la dynamique psychologique sous-jacente.

Elle concilie donc la nécessaire rigidité de toute taxinomie et la mouvance dynamique propre à la psychopathologie dont l'adolescent est bien le moment paradigmatique [51]. Elle ne peut donc être utilisée que par des spécialistes connaissant les données essentielles et les originalités de la clinique psychiatrique chez l'enfant et l'adolescent.

La catégorie 8 de l'axe I (annexe 4) correspond aux troubles à expression somatique qui comprennent, en particulier :

- Les affections psychosomatiques (8.0), où le tableau clinique est constitué par une maladie somatique à déterminisme psychique, quel que puisse être l'appareil ou l'organe touché. Parmi les affections les plus fréquentes figurent l'eczéma, la pelade, le psoriasis, l'asthme, les colites et recto-colites.
La correspondance avec la CIM 10 inclut : F45.0- Somatisation, F45.1- Trouble somatoforme indifférencié, F45.8- Autres troubles somatoformes, sans leur être entièrement assimilables.
- Les troubles psychofonctionnels (8.1), où le tableau clinique est dominé par des manifestations fonctionnelles sans lésions tissulaires. Parmi les plus fréquentes figurent : le torticolis psychogène, la crampe des écrivains, le spasme du sanglot, le hoquet et la toux psychogènes, les syndromes douloureux psychogènes, les troubles cardio-vasculaires fonctionnels psychogènes, le prurit psychogène, l'aérophagie, les vomissements psychogènes, les dysménorrhées psychogènes, les migraines et céphalées psychogènes.
La correspondance avec la CIM 10 inclut : F45.3- Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme, F45.4- Syndrome douloureux somatoforme persistant, F45.8- Autres troubles somatoformes, sans leur être entièrement assimilables.
- Le trouble hypochondriaque (8.2), où la caractéristique essentielle est une préoccupation persistante concernant la présence éventuelle d'un ou plusieurs troubles somatiques, se traduisant par des plaintes somatiques persistantes ou par une préoccupation durable concernant la « normalité » physique. Des sensations et des signes physiques normaux ou anodins sont souvent interprétés par le sujet et par son entourage comme étant anormaux. Il s'agit de l'hypochondrie, la nosophobie, la peur d'une anomalie corporelle.
La correspondance avec la CIM 10 inclut : F45.2- Trouble hypochondriaque.
- Les troubles à expression somatique répartis en « Autres troubles à expression somatique (8.8) » et « Troubles à expression somatique non spécifiés (8.9) », correspondant tous deux dans la CIM 10 à F98.8- Autres troubles comportementaux et émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence.

Les symptômes de conversion sont classés dans la catégorie clinique n°2 (annexe 3), qui concerne les troubles névrotiques, et, plus particulièrement, parmi les troubles névrotiques à dominante hystérique (catégorie 2.1).

Les troubles névrotiques à dominante hystérique sont dominés par les manifestations suivantes :

- soit des symptômes de conversion de type sensitivomoteur, sensoriel, convulsif, etc. accompagnés le plus souvent de la classique « belle indifférence »

- soit des manifestations regroupées classiquement sous l'appellation de « rétrécissement du champ de conscience » et qui se caractérisent par des scotomisations massives de certains secteurs du champ perceptif, cognitif ou de la mémoire toujours significativement liées aux conflits du patient
- soit des comportements et modalités relationnelles dominés par le théâtralisme, la mise en scène et le faire-valoir, associés à une grande vulnérabilité à l'appréciation d'autrui, une dépendance et une quête affective, une propension aux réponses dépressives et à la mythomanie

A signaler la correspondance avec CIM 10 : F44- Troubles dissociatifs de conversion, F48.8- Autres troubles névrotiques spécifiés.

III- TROUBLES DEPRESSIFS CHEZ L'ADOLESCENT

Le trouble dépressif de l'enfant a longtemps été ignoré et la réalité clinique de cette pathologie n'a été reconnue que dans les années 1970. Dès lors, et dans un souci de plus grande rigueur, les différents sens donnés au terme de « dépression » chez l'enfant ont pu être clarifiés, même si les méthodes d'évaluation ont été discutées, voire contestées.

Si l'on se réfère aux enquêtes épidémiologiques, notamment celle de Marie Choquet et al. de 1995, 7,5% des garçons et 22,5% des filles de la population français se déclarent assez souvent ou très souvent déprimés [22].

La dépression est bien plus fréquente chez l'enfant qu'on ne le dit classiquement. Plusieurs raisons sont à l'origine de cette sous-estimation : beaucoup évoquent une humeur dépressive instable à cet âge, une des autres raisons est sûrement liée aux manifestations très diverses d'appels, allant des troubles du comportement à des troubles dits fonctionnels. Bien sûr, si on attend de l'enfant qu'il exprime comme un adulte ses sentiments de tristesse, d'abattement, de non-valeur personnelle, de désintérêt pour ce qui l'entoure, voire ses sentiments de culpabilité, on prend le risque de méconnaître un éventuel état dépressif. Un autre fait à ne pas négliger est la réticence chez beaucoup d'adultes, à consentir à la reconnaissance d'une authentique souffrance dépressive chez l'enfant, comme si cela était insupportable pour eux. Cependant, l'adolescence est considérée communément comme un moment propice pour la survenue d'un état dépressif.

Les troubles dépressifs chez l'enfant ont fait l'objet d'une conférence de consensus en 1995 : « Les Troubles Dépressifs chez l'Enfant : Reconnaître, Soigner, Prévenir, Devenir » [34]. L'utilisation des traitements antidépresseurs dans cette classe d'âge fait l'objet de nombreux communiqués. La dernière mise au point sur « Le bon usage des antidépresseurs au cours de la dépression de l'enfant et de l'adolescent » publiée par l'afssaps (agence française de sécurité sanitaire des produits de santé), date de février 2006 [1].

III.1. DIAGNOSTIC DES TROUBLES DEPRESSIFS CHEZ L'ENFANT

III.1.1. Signes cliniques

L'épisode dépressif de l'enfant présente une expression clinique particulière ; face à un enfant en retrait, au visage souvent sérieux, peu mobile ou à l'air absent, il faut savoir rechercher une humeur dépressive. De même, en présence d'un enfant décrit comme irritable, agité, opposant et insatisfait, il faut penser à mettre la tristesse en évidence [34]. Il est rare, voire exceptionnel, que l'adolescent exprime une plainte dépressive. Les éléments les plus fréquemment repérés sont l'humeur dépressive, la perte de l'intérêt, le sentiment de faute, les pensées sur la mort, les difficultés de concentration, la fatigue chronique, les troubles du comportement alimentaire, les troubles du sommeil, les troubles somatoformes [4].

Humeur dépressive et tristesse, qui sont les caractéristiques de l'épisode dépressif, ne peuvent être perçues qu'à partir d'une écoute attentive et avertie. L'expression sémiologique

peut s'analyser à partir du discours et du comportement de l'enfant, et des propos des parents [34].

La conférence de consensus souligne les difficultés rencontrées par le médecin pour diagnostiquer, chez l'enfant plus grand, derrière des manifestations somatiques d'allure banale (douleurs abdominales, plus ou moins chroniques et isolées, céphalées...) un trouble dépressif et savoir à quel moment faire appel au pédopsychiatre, en tenant compte de la souffrance partagée, du vécu familial et de la capacité des parents à aider leur enfant [34].

La dépression en tant que pathologie s'inscrit dans la répétition et/ou la durée. Les moments dépressifs, limités dans le temps, peuvent être compris comme un aménagement de la vie ou de la survie, une tentative d'obtenir une réponse adéquate de l'entourage, un processus de lutte que met en œuvre le sujet de façon consciente ou inconsciente, pour préserver sa personne [34].

III.1.2. Repérage des troubles dépressifs

Le jury considère que ce travail de dépistage revient aux pédiatres comme aux médecins généralistes et autres spécialistes intervenant auprès des jeunes.

Cependant, pour les praticiens ayant une bonne connaissance de l'histoire de l'enfant et de l'environnement familial, leur souci d'éliminer une cause organique devant toute plainte de l'enfant et leur implication essentiellement dans les affections somatiques depuis la naissance, les conduisent parfois à sous-estimer voire même à nier la dépression.

Il existe un grand nombre d'entretiens standardisés et d'échelles d'évaluation des troubles dépressifs du jeune. Cette évaluation quantitative s'est considérablement développée au cours de ces dernières années à l'étranger. En France, l'emploi de tels instruments est resté longtemps limité. La première crainte a été de voir l'évaluation quantitative se substituer à l'entretien clinique habituel. Le deuxième problème provient du fait que leur utilisation en français nécessite une validation de traduction. De plus, cette évaluation standardisée doit être adaptée au niveau du développement de l'enfant. Son principal intérêt réside donc dans la recherche épidémiologique. Parmi les outils les plus traduits en français, on peut citer : les entretiens standardisés KIDDIE-SADS et DISC-R, les échelles C.D.I. et C.D.R.S.-R. [34].

III.1.3. Classifications

La CFTMEA, spécifique à cette tranche d'âge, classe les manifestations dépressives de l'enfant en fonction du contexte psychopathologique. On distingue :

- les troubles de l'humeur dans le cadre des psychoses dysthymiques
- les dépressions névrotiques
- les dépressions liées à une pathologie de la personnalité
- les dépressions réactionnelles
- les moments dépressifs transitoires, considérés comme des variations de la normale

Dans les deux derniers cas, il s'agit d'enfants qui ne présentent pas de perturbations notables de la personnalité ; soit l'humeur dépressive correspond à des phases de remaniement interne en fonction des étapes du développement (moments dépressifs), notamment lors de l'entrée dans la puberté ; soit il existe un facteur déclenchant externe en

rapport avec une perte réelle ou symbolique (dépression réactionnelle). Dans un cas comme dans l'autre, le retour à la normale est rapide, aidé parfois par des mesures simples. Le jeune peut faire face à la perte grâce à des mouvements adaptatifs et faire appel à son entourage par ses symptômes.

Dans le DSM IV, les symptômes dépressifs sont classés dans deux chapitres : « Les troubles de l'humeur » et « Les troubles de l'adaptation ». En annexe 5 on retrouve la définition de l'épisode dépressif caractérisé selon le DSM-IV. L'American Psychiatric Association (APA) et l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) ont établi des recommandations sur les modes d'expression de la dépression chez l'enfant et l'adolescent en comparaison à l'adulte. Ce tableau est reproduit en annexe 6. On remarque en ce qui concerne l'item 3, qu'aux critères « perte ou gain de poids significatif », correspond chez le jeune « retard dans la courbe de poids, anorexie ou boulimie, plaintes physiques fréquentes (maux de tête, maux d'estomac...) ».

Il faut également préciser que l'épisode dépressif majeur répondant aux critères du DSM IV, est un état quotidien, durable (plus de 15 jours à 3 semaines) et surtout n'a pas la variabilité des autres états d'expression dépressive de l'adolescence : morosité, crise anxiodépressive, dysthymie...

La CIM 10, comme la classification américaine DSM, s'applique à toutes les classes d'âge.

Dans tous les cas, on peut remarquer que les classifications actuelles présentent la dépression de l'enfant avec des différences notables. Il n'y a pas réellement d'accord entre ces classifications malgré des rapprochements possibles.

III.1.4. Fréquence et distribution

La fréquence de la dépression dans la population infantile est faible, inférieure à 3%, mais celle-ci augmente si on s'adresse à une population consultante en pédopsychiatrie [34].

Dans la population générale de 6 à 12 ans, la prévalence de la dépression est inférieure à 3%. Elle varie selon les études entre 0 et 2,5%. La prévalence est plus forte à l'adolescence que pendant la petite enfance. Elle serait également un peu plus élevée chez les garçons que chez les filles jusqu'à la puberté, puis inversement. Dans la population consultant en pédopsychiatrie, la dépression est un diagnostic fréquent et affecterait 20% des enfants qui consultent [34].

Des données précises sont difficiles à obtenir car le nombre de malades « perdus de vue » tout au long de la recherche est important en population infantile ; les enquêtes en population générale nécessitent de grands échantillons en raison de la relative rareté des troubles chez l'enfant ; les instruments de mesure sont multiples et la plupart du temps, pour des raisons de faisabilité, les enquêtes sont complétées par les parents, or il a été démontré que ces derniers sous-estiment les troubles de leurs enfants.

III.1.5. Evolution

Les travaux portant sur l'évolution des troubles dépressifs de l'enfant doivent être interprétés avec prudence.

Il est avéré que les enfants ayant eu un épisode dépressif majeur présentent ultérieurement davantage d'épisodes dépressifs. Plusieurs études convergent également pour dire que les adolescents déprimés seraient nettement plus exposés aux troubles dépressifs à l'âge adulte que les témoins. La corrélation entre épisode dépressif majeur à l'âge adulte et antécédent dépressif dans l'enfance est beaucoup plus forte quand l'épisode dépressif est apparu après la puberté. Il ressort cependant que la majorité des cas de dépression à l'âge adulte ne serait pas précédée de troubles dépressifs dans l'enfance [34].

Les études montrent combien il est donc important de repérer et de traiter la dépression à l'adolescence car, en l'absence d'approche thérapeutique, cet état a tendance à se prolonger, avec un taux de récurrence élevé et il peut persister ou réapparaître à l'âge adulte, avec toutes les complications que cela implique.

La personnalité sous jacente donne un potentiel évolutif variable. Plus que l'intensité de l'épisode dépressif, c'est la possibilité qu'aura l'enfant de l'élaborer et de le surmonter qui jouera un rôle déterminant sur son devenir. Cette capacité est elle-même étroitement dépendante des aides qui lui seront fournies [34].

III.1.6. Facteurs de risque et de protection

Les variables les plus souvent évoquées comme facteurs de risque sont les suivantes [34] :

- L'âge : les recherches ne montrent pas d'augmentation de la prévalence de la dépression chez l'enfant en fonction de l'âge mais elles situent l'importance de cette prévalence à moins de 2% chez l'enfant et à environ 10% chez l'adolescent.
- Le sexe : aucune différence significative n'apparaît entre garçons et filles durant l'enfance. Ceci n'est plus vrai chez l'adolescent où la proportion de filles est plus importante.
- Les événements de vie : l'effet cumulatif d'une série d'événements stressants semble intervenir en tant que variable associée à la dépression. Les recherches révèlent des associations significatives entre le nombre d'événements stressants et la survenue des troubles dépressifs.
- Les caractéristiques familiales :
La monoparentalité est davantage associée à la persistance des troubles qu'à leur déclenchement.
L'existence de troubles dépressifs chez les parents augmente le risque de survenue de troubles dépressifs chez les enfants. L'attitude négative à l'égard de l'enfant et la non-implication dans la relation parent-enfant ont des effets significatifs.
Les carences affectives, quantitatives et qualitatives, sont corrélées au déclenchement de tableaux cliniques autour de la dépression anaclitique.

La cohésion familiale, le rôle du parent non atteint et la qualité de la relation parent-enfant apparaissent comme les facteurs de protection les plus probables. Leur renforcement relève

de la prévention. De même, l'école joue un rôle de protection lorsqu'elle fournit aux enfants les moyens de répondre à leurs exigences et qu'elle met en œuvre une pédagogie du renforcement positif des acquis [34].

En conclusion, certains facteurs de risque et de protection sont corrélés à la survenue et à l'évolution de la dépression chez l'enfant, même si aucun n'est spécifique ou constant. La dépression relève de causes multiples qui ne peuvent être dégagées de façon univoque. Leur reconnaissance permet cependant de mener des actions préventives. Des programmes et des recherches de santé publique semblent indispensables à développer. La prévention de proximité ne concerne pas seulement les personnels de santé mais en premier lieu la famille et l'école [34].

III.2. TRAITEMENT DES TROUBLES DEPRESSIFS CHEZ L'ENFANT

Il importe que l'enfant déprimé soit précocement identifié. La période d'évaluation est déjà un temps thérapeutique pour celui qui traverse un moment dépressif. La mise en évidence de sa souffrance morale, sa prise en compte par la famille, la mobilisation qui en découle entraînent chez lui un soulagement le rendant plus réceptif à l'aide fournie par l'entourage.

III.2.1. La psychothérapie

Le traitement de première intention doit être psychothérapique [1].

L'objectif de cette approche psychothérapique n'est jamais d'obtenir une simple résolution symptomatique mais de créer les conditions propices à l'élaboration psychique des difficultés traversées par le patient. La valeur du travail analytique se juge sur le long terme et un de ses buts essentiels est non seulement d'éviter l'installation durable d'un fonctionnement dépressif mais aussi de prévenir les risques de rechute [34].

Un des enjeux est de sensibiliser les parents pour qu'ils puissent soutenir durablement le travail entrepris et renforcer l'alliance thérapeutique.

Les indications des psychothérapies d'inspiration analytique concernent préférentiellement les dépressions survenant dans un contexte névrotique. La plupart des dépressions réactionnelles sont accessibles à un abord psychothérapique de courte durée prenant la forme de consultations thérapeutiques.

L'abord familial, toujours nécessaire, est le plus souvent informel. Une thérapie familiale formalisée est indiquée quand les parents, plus éprouvés que l'enfant lui-même, se montrent inaptes à réagir de manière adéquate à ses difficultés.

III.2.2. La chimiothérapie

Elle est très limitée chez l'enfant. Seuls les tableaux sévères et durables des dépressions, entravant de manière massive le fonctionnement psychosocial et ne réagissant pas aux interventions psychothérapeutiques, pourraient justifier la prescription d'antidépresseurs [34]. La dernière mise au point de l'afssaps souligne une distinction en fonction de l'âge. Chez le jeune enfant, le traitement de première intention doit être psychothérapique ; un traitement antidépresseur peut être envisagé en cas d'absence d'amélioration clinique car il peut améliorer les résultats de la psychothérapie en facilitant son déroulement. Chez l'adolescent, dans la plupart des cas, le traitement de première intention est psychothérapique, cependant, le recours à un médicament antidépresseur pourra se justifier en première intention dans les épisodes dépressifs « caractérisés » d'intensité sévère. La prescription médicamenteuse pourra par ailleurs s'envisager en deuxième intention en cas d'efficacité insuffisante de la prise en charge psychothérapique ou en cas d'aggravation [1].

Il n'est pas recommandé de traiter par antidépresseurs :

- les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère ou modérée
- les symptômes dépressifs ne correspondant pas aux épisodes dépressifs caractérisés selon le DSM IV ou la CIM 10 : symptômes isolés ou en nombre insuffisant pour remplir les critères DSM IV ou durée de l'épisode dépressif inférieure à 15 jours
- les symptômes d'intensité sévère mais transitoires.

Dans ces trois situations, il est cependant recommandé d'entreprendre une prise en charge adaptée :

- être à l'écoute du patient et lui apporter un soutien psychologique
- sensibiliser l'entourage et la famille et les associer au suivi du patient
- revoir le patient pour suivre l'évolution des symptômes

Alors que l'efficacité des traitements antidépresseurs a été clairement établie chez les adultes déprimés, il n'en va pas de même dans le cadre des troubles dépressifs de l'enfant. Dans certaines études, l'amélioration des groupes recevant la molécule active thymoanaleptique n'est pas significative par rapport à celle constatée dans les groupes contrôle recevant un placebo, ces essais cliniques ayant été réalisés avec la paroxétine et la venlafaxine. Il convient cependant de remarquer qu'il existe de multiples problèmes méthodologiques [34]. Dans l'étude de Emslie et al., la fluoxétine est supérieure au placebo à la phase aiguë du traitement de l'épisode dépressif majeur mais la rémission complète des symptômes est rare, la différence significative d'efficacité entre la fluoxétine et le placebo tend à s'atténuer voire à disparaître avec le temps (après 6 à 8 semaines) [4].

Tout clinicien finalement convaincu de l'opportunité d'une chimiothérapie antidépressive se doit d'en connaître les limites, les inconvénients, ainsi que les règles de prescription et de surveillance.

Pour la prescription de traitements psychotropes, les médecins généralistes préféreraient s'en référer aux spécialistes et hésitent à traiter. Cependant, les délais d'attente pour les consultations spécialisées sont souvent longs et il arrive qu'un traitement soit instauré dans l'attente d'un avis spécialisé.

La mise en évidence d'un comportement à risque suicidaire et/ou hostile (agressivité, comportement d'opposition, colère) associé à l'utilisation chez l'enfant et l'adolescent des antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) et apparentés, a conduit l'Agence Européenne du Médicament (EMA) à réévaluer le risque de ces médicaments et, en avril 2005, à les déconseiller dans le traitement de la dépression de l'enfant et de l'adolescent. Les données disponibles aujourd'hui pour les antidépresseurs tricycliques

justifient qu'ils soient également déconseillés chez l'enfant et l'adolescent dans cette même indication [1].

Ainsi en France, les médicaments antidépresseurs sont déconseillés dans le traitement de la dépression de l'enfant et l'adolescent. Il existe cependant des situations particulières où, après une évaluation clinique du rapport bénéfice/risque, le recours à ces médicaments peut être justifié. Une mise au point finalisée par l'afssaps en février 2006 a pour objectif de définir le bon usage des antidépresseurs dans ces situations [1]. La prescription doit être rigoureusement encadrée. De principe, il semble donc préférable et recommandable que l'instauration du traitement, le choix de la molécule, reste du domaine du pédopsychiatre.

IV- ETUDE : MATERIEL ET METHODE

L'objectif de ce travail est d'analyser la prise en charge de plaintes somatiques non organiques recueillies en hospitalisation pédiatrique, au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes (Hôpital Mère et Enfant), et d'étayer les résultats de données de littérature.

IV.1. TYPE DE LA METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant vingt dossiers d'adolescents hospitalisés pour une plainte somatique et pour lesquels aucune atteinte organique n'a été retenue au final.

Pour certains dossiers, un suivi de cohorte a été réalisé, une partie du questionnaire ayant été complétée dans un second temps, à partir des consultations ultérieures à l'hospitalisation.

IV.2. LA POPULATION ETUDIEE

Sont inclus des pré-adolescents et adolescents de 10 à 15 ans, sans distinction de sexe, sans distinction ethnique, ayant été hospitalisés dans le service de pédiatrie du CHU de Nantes, Clinique Médicale Pédiatrique (CMP), pour une plainte somatique et sans qu'un diagnostic de maladie organique ait été porté à la fin de l'hospitalisation.

Ces adolescents ont été pris en charge entre novembre 2004 et mars 2006. Pour certains adolescents, hospitalisés à plusieurs reprises pour la même plainte, les séjours en chirurgie infantile et réanimation pédiatrique ont été inclus pour les paramètres « examens complémentaires » et « durée d'hospitalisation ».

Ces vingt dossiers ont été choisis a posteriori, une fois le bilan réalisé et l'organicité écartée. Ils ont été choisis arbitrairement parce que leur histoire a marqué l'investigatrice pendant son stage d'internat, un pédiatre ou un pédopsychiatre de l'équipe.

Il n'y a donc pas de véritables critères d'exclusion retenus puisque les dossiers ont été sélectionnés en connaissance du contenu.

Pour éclaircir l'analyse des résultats, les conditions d'accueil dans le service de CMP de Nantes seront brièvement présentées :

Le service de pédiatrie de Nantes ne dispose pas d'une unité exclusivement réservée à l'accueil des adolescents, ces jeunes sont donc hospitalisés dans le secteur « grands enfants » et côtoient les malades atteints d'autres pathologies. L'unité de pédopsychiatrie universitaire est intégrée au service de pédiatrie générale. Cette organisation donne l'originalité d'un abord bi-focal : somatique et psychique.

L'équipe est constituée de pédiatres (praticiens hospitaliers, chefs de clinique et internes), de pédopsychiatres (praticiens hospitaliers et internes), de puéricultrices, d'auxiliaires de puériculture, de psychologues, de masseurs-kinésithérapeutes, d'éducateurs et d'une ergothérapeute.

Les adolescents bénéficient d'une salle de jeux, au sein du service, où diverses activités leur sont proposées (musique, ordinateur, baby-foot, ateliers créatifs, etc.)

A la sortie de l'hospitalisation, une consultation « conjointe » peut être proposée. Celle-ci associe un pédiatre et un pédopsychiatre du service, donc des interlocuteurs déjà connus de l'adolescent. Ces consultations ont lieu au rez-de-chaussée de l'Hôpital Mère et Enfant.

Le regroupement des compétences sur un même lieu revêt un intérêt du point de vue du cadre soignant proposé au patient. Chacun apporte sa contribution spécifique tout en souhaitant être interpellé par le point de vue des autres.

IV.3. LE RECUEIL DES DONNEES

Le recueil des données s'est fait à partir d'un questionnaire unique reproduit en annexe 1. Ce questionnaire a été complété à l'aide des dossiers médicaux remplis pendant l'hospitalisation du jeune ou pendant les consultations ultérieures, si elles ont eu lieu, par les médecins, les internes et/ou les externes du service, ainsi qu'à partir des dossiers infirmiers.

IV.4. LES DONNEES ETUDIEES

Pour chaque patient inclus, les critères étudiés sont :

- les données personnelles : âge, sexe, antécédents personnels et familiaux, traitement habituel
- le cadre familial : fratrie, situation parentale (en couple, divorcé, séparé)
- la plainte : type, ancienneté, facteur déclenchant
- les consultations antérieures pour cette même plainte : nombre, premier interlocuteur (médecin généraliste ou spécialiste), diagnostic posé, bilan réalisé, traitement
- les antécédents d'autre(s) plainte(s)
- les répercussions du symptôme : comportement de la famille, absentéisme scolaire, bénéfice(s) secondaire(s)
- les circonstances d'hospitalisation
- le bilan réalisé : examen clinique, examens paracliniques
- la prise en charge pendant l'hospitalisation (traitements médicamenteux, séances de kinésithérapie, entretiens pédopsychiatriques)
- la durée de l'hospitalisation
- l'évolution des symptômes à la sortie
- la programmation ou non d'une consultation ultérieure
- le suivi ultérieur : consultations ultérieures, évolution des symptômes à distance, éléments de psychopathologie, rectifications diagnostiques

IV.5. METHODES STATISTIQUES

L'ensemble des tests a été réalisé au risque α (risque de première espèce) de 5% et avec une hypothèse nulle bilatérale.

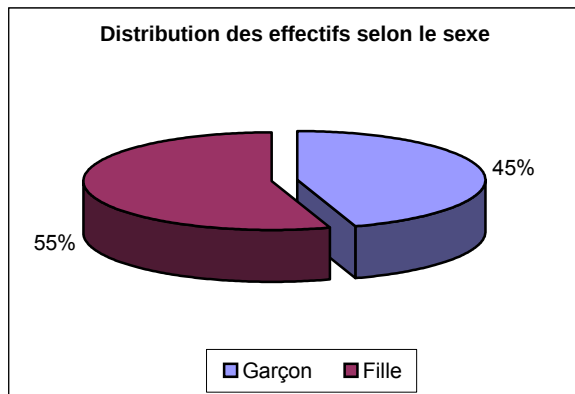
Les comparaisons de pourcentages (variables qualitatives) ont été effectuées avec un test du Chi-Deux, avec correction de Yates si nécessaire.

Les intervalles de confiance à 95% des moyennes pour les données quantitatives ont été établis à partir de la table de Student.

V- RESULTATS

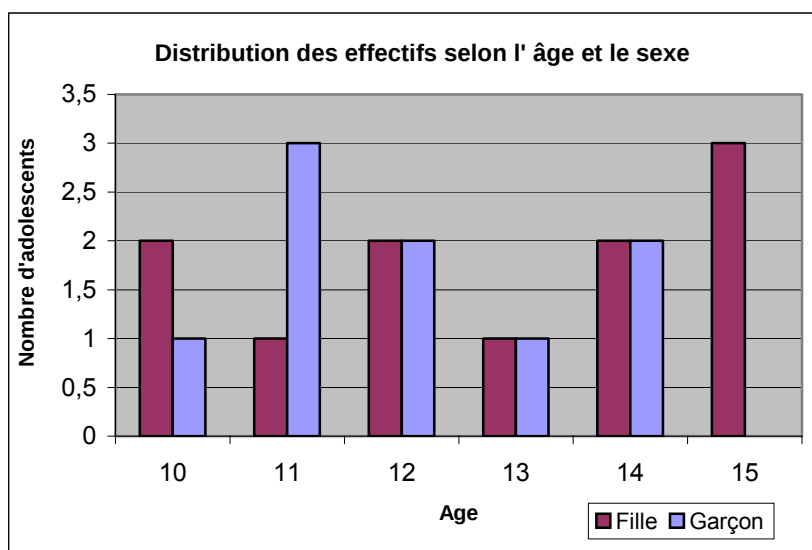
V.1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

V.1.1. Sexe des patients



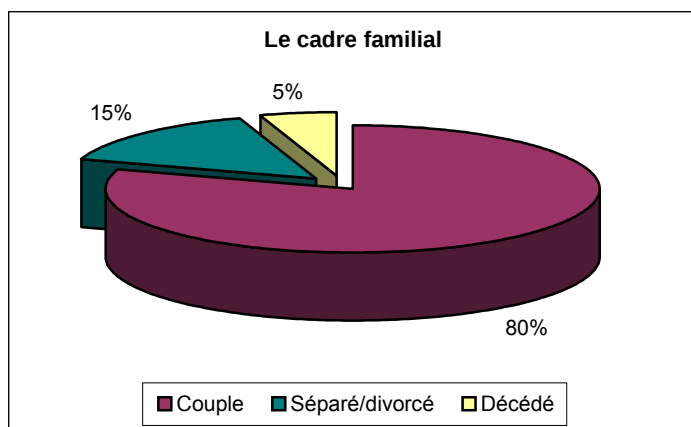
Les filles représentent 55% (n=11) de l'échantillon et les garçons 45% (n=9). Le sex-ratio F/H est de 1,2.

V.1.2. Age des patients



L'échantillon est âgé de 10 à 15 ans.
La moyenne est de 12,45 ans, la médiane de 12 ans.

V.1.3. CADRE FAMILIAL



La grande majorité des enfants (80%) ont des parents vivant en couple.
La différence quant au cadre familial est donc significative ($p < 0,001$).

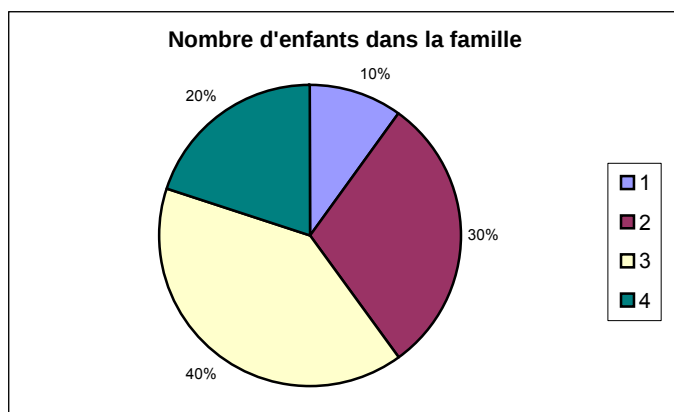
Parmi les parents en couple :

- un couple sont des parents adoptifs
- dans quatre couples, un des deux parents a été marié auparavant, et donc l'enfant est né d'une deuxième union
- un couple a connu une séparation courte, temporaire, dans son histoire

Parmi les couples séparés et/ou divorcés :

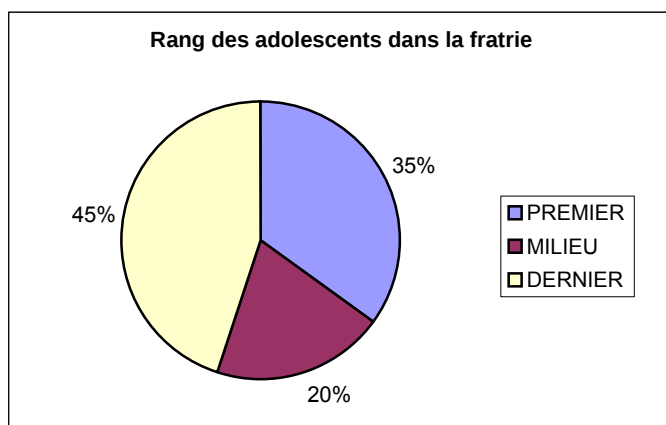
- dans un couple un des deux parents est remarié
- un enfant dont les parents sont séparés vit en famille d'accueil la semaine et chez sa mère le week-end

V.1.4. Fratrie



Parmi les enfants uniques, un enfant a été adopté.
Les enfants issus des précédentes unions ont été inclus sans distinction dans la fratrie.

Il n'y a pas plus d'enfants issus de familles nombreuses ($\geq$ trois enfants) ($p>0,3$).



Le rang de l'adolescent dans sa famille n'intervient pas de façon significative ($p>0,3$).

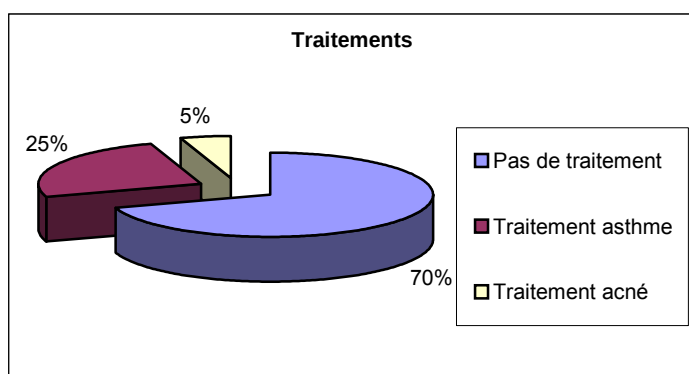
V.1.5. Antécédents personnels

Un enfant seulement n'avait aucun antécédent personnel.

Les antécédents signalés sont donnés dans le tableau suivant :

Antécédents	Effectif	Pourcentage
Terrain atopique (asthme, allergie)	11	31,43%
Antécédents chirurgicaux	7	20,00%
Infections ORL/pulmonaires	6	17,14%
Problèmes rhumatologiques	4	11,43%
Angoisse/Problème psychologique	4	11,43%
Migraines/Malaises	2	5,71%
Néant	1	2,86%
Total	35	100%

V.1.6. Traitements



La plupart des enfants (n=14, p=0,06) ne prennent aucun traitement personnel. Parmi les traitements prescrits, 25% (n=5) concernent l'asthme (dispositifs broncho-dilatateurs et/ou corticoïdes); 5% (n=1) concernent l'acné (traitement antibiotique par cyclines).

V.1.7. Antécédents familiaux

Ont été retenus les antécédents notables des parents, grands-parents, frères et sœurs, oncles et tantes du premier degré.

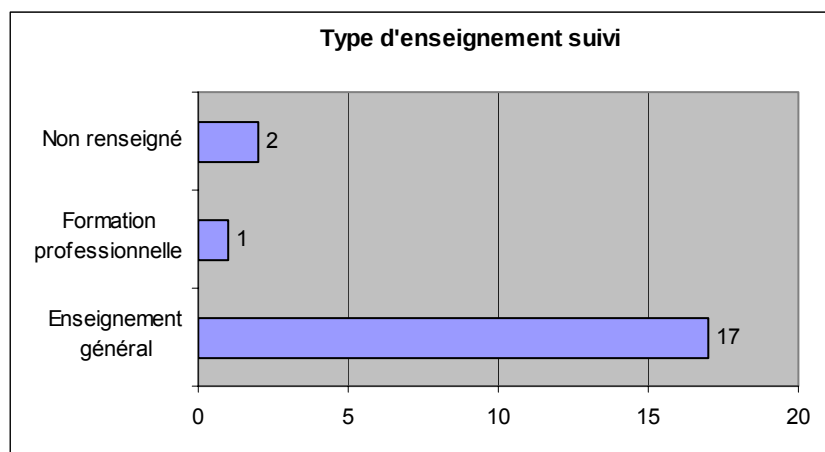
Dans 40% des cas (n=8), aucun antécédent n'est signalé.

Pour les autres malades, c'est à dire 60% de l'échantillon (n=12), on note : deux cas de sclérose en plaques (SEP), deux cas d'asthme, un cas de fibromyalgie et rhumatisme psoriasique, trois cas d'hypertension artérielle, un cas de cardiopathie ischémique, deux cas de migraines, un cas de cancer du sein, un cas de pancréatite aiguë, un cas de vertige de Ménière, un cas d'épisode de tics.

Il paraît important de rapprocher parfois le symptôme de l'enfant et les antécédents de son entourage. On remarque ainsi :

- une plainte de vertiges chez un enfant dont la mère est migraineuse
- une plainte de vertiges et troubles de l'équilibre chez un enfant dont la sœur fait des vertiges de Ménière
- une plainte de céphalées et mutisme chez un enfant dont la mère est migraineuse
- une plainte de malaise de type neurologique (avec perte de contact et clonies) chez un enfant dont la mère souffre d'une SEP
- une plainte de troubles de la marche chez un enfant dont la tante souffre d'une SEP
- une plainte de tremblements des membres supérieurs chez un enfant dont la mère décrit chez elle un épisode de tics au même âge
- une plainte de polyalgies chez un enfant dont la mère souffre de fibromyalgie et d'un rhumatisme psoriasique
- une plainte de cervicalgies et dyspnée chez un enfant dont la mère est asthmatique

V.1.8. Scolarité



Parmi les dix-sept jeunes scolarisés en enseignement général (primaire ou collège), deux ont redoublé une classe, quatre ont une scolarité difficile, un est en arrêt scolaire.

Un adolescent est en formation professionnelle avec une alternance de cours et de stages pratiques.

V.2. LES PLAINTES

V.2.1. Type de plaintes

Symptômes rapportés à la consultation initiale :

Type de plaintes	Effectif	Filles	Garçons
Tremblements/manifestations pseudo-épileptiques	2	1	1
Troubles de la marche/de l'équilibre	4	2	2
Vertiges	1	0	1
Céphalées	2	1	1
Douleurs abdominales	2	0	2
Toux	1	0	1
Pyrosis	1	0	1
Douleurs articulaires	2	2	0
Douleurs rachidiennes	2	2	0
Polyalgies	1	1	0
Malaises/asthénie	2	1	1

Systèmes concernés par les divers symptômes :

Systèmes anatomiques	Effectif	Pourcentage	Filles	Garçons
Nerveux	9	45%	4	5
Locomoteur	5	25%	5	0
Digestif	3	15%	0	3
Cardio-vasculaire	2	10%	1	1
Respiratoire	1	5%	0	1

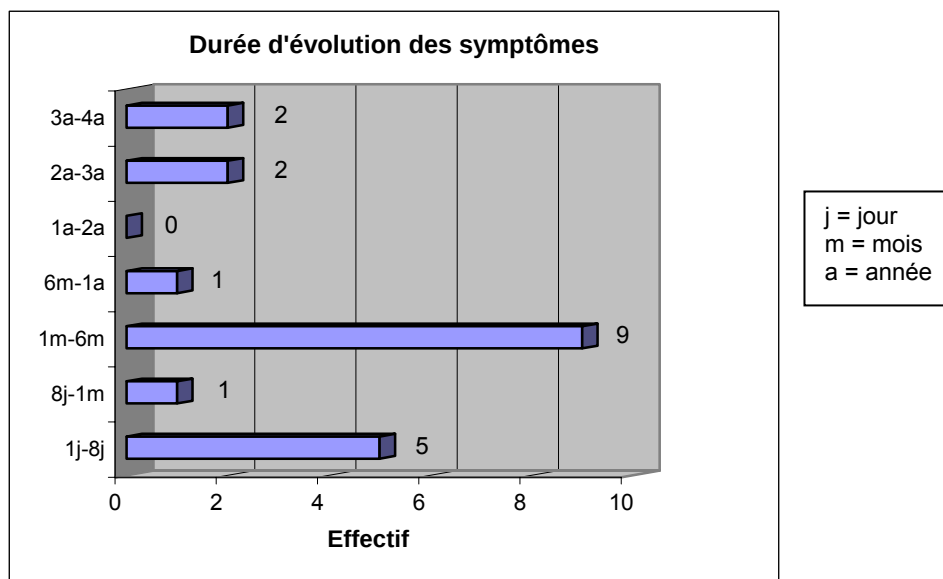
Les plaintes concernant le système nerveux et l'appareil locomoteur sont les plus représentées dans cet échantillon, sans que la différence soit statistiquement significative ($p \approx 0,2$) entre les différents systèmes.

On note par ailleurs une variation du type de plaintes selon le sexe : il y a statistiquement plus de filles consultant pour des troubles de l'appareil locomoteur ($p < 0,05$) et plus de garçons se plaignant de problèmes d'ordre digestif ($p < 0,05$). En revanche, aucune différence significative n'est retrouvée pour les plaintes neurologiques.

Chaque jeune patient n'a qu'une seule plainte à la prise en charge initiale.

V.2.2. Durée d'évolution

La durée d'évolution des symptômes au jour de l'hospitalisation se répartit comme suit :



La moyenne est de 9,27 mois (minimum : 1 jour, maximum : 4 ans)

Pour les symptômes évoluant depuis plusieurs mois voire plusieurs années, une prise en charge était déjà instaurée, que ce soit en ambulatoire auprès de spécialistes ou en hospitalisation dans un établissement autre.

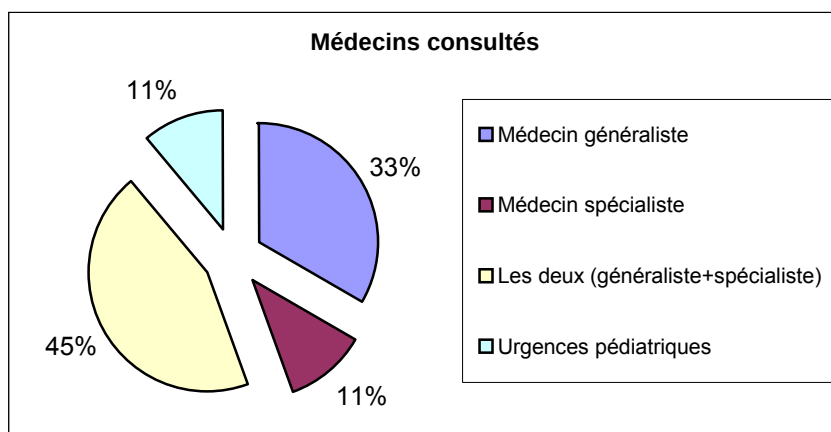
V.2.3. Bilan antérieur à l'hospitalisation

V.2.3.1. Consultations antérieures

Avant leur hospitalisation dans le service de pédiatrie, seulement 10% de l'échantillon (n=2) n'avaient pas bénéficié de consultation préalable. Par contre, 90% (n=18) avaient été vus en consultation par au moins un médecin, dont trois en hospitalisation dans une autre structure.

Pour les items suivants, nous nous intéresserons aux dix-huit adolescents ayant consulté un médecin avant leur entrée en pédiatrie.

V.2.3.2. Médecins consultés

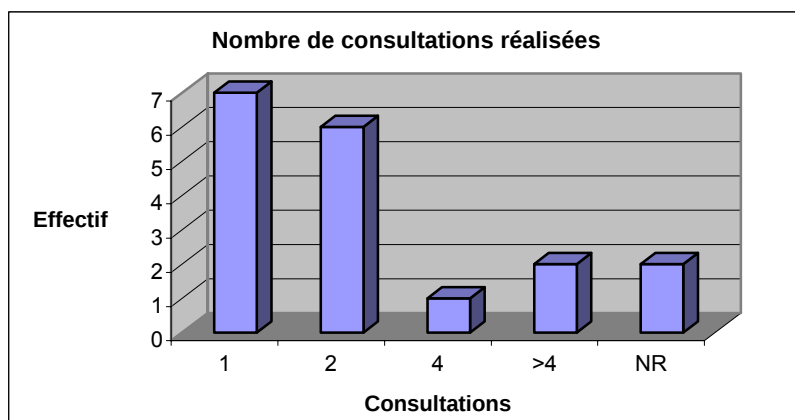


Parmi les spécialistes consultés, on retrouve : rhumatologues (n=4), algologues (n=2), pédiatres (n=2), neurologue (n=1), ORL (n=1), pneumologue (n=1), interniste (n=1). A noter qu'un adolescent a vu, en plus de son médecin généraliste, un magnétiseur pour le soulagement de ses symptômes.

Soixante-dix-huit pour cent des adolescents ont vu leur médecin généraliste en consultation. La proportion d'adolescents ayant recours en première intention aux médecins généralistes est significativement supérieure ($p < 0,025$) à celle s'adressant d'emblée à un spécialiste.

V.2.3.3. Nombre de consultations réalisées

Le nombre de consultations réalisées avant l'hospitalisation auprès d'un médecin (généralistes et spécialistes confondus) est donné dans le graphique suivant :

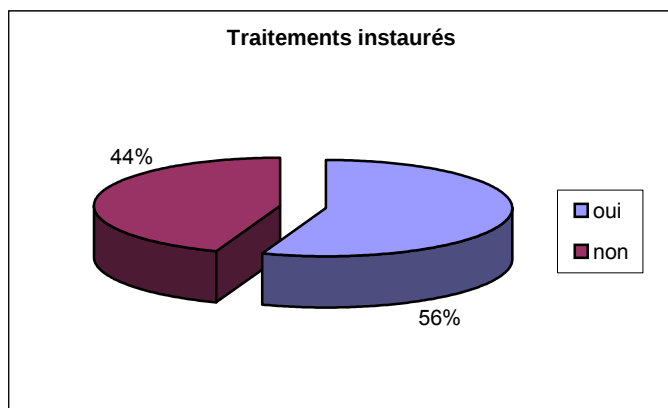


V.2.3.4. Examens complémentaires réalisés

Soixante-sept pour cent des adolescents vus par un médecin avant leur hospitalisation ont bénéficié d'examens complémentaires en externe. Ces investigations regroupaient

principalement des bilans biologiques, radiographiques ou échographiques, mais parfois déjà des bilans plus approfondis tels scintigraphie osseuse, TDM/IRM, Epreuves Fonctionnelles Respiratoires, vidéonystagmographie...

V.2.3.5. Traitements instaurés



Statistiquement, plus de la moitié des adolescents (56%) reçoit déjà un traitement spécifique lors de leur hospitalisation.

Type de traitement instauré :

- Antalgiques/AINS : n=7
- Anxiolytiques/Benzodiazépines : n=3
- Inhibiteur de la pompe à protons : n=1

A signaler, parmi les traitements antalgiques, certains d'usage plus spécialisé : injection de calcitonine, kétamine et bloc de buflomédil. Ces traitements ont été instaurés dans un centre d'algologie.

Les médicaments à visée antalgique restent la principale prescription (39%).

V.2.3.6. Diagnostic posé

Le diagnostic posé au terme du bilan pré-hospitalier et rapporté par la famille est souvent un diagnostic peu précis : syndrome de fatigue chronique, douleurs atypiques, céphalées de tension/céphalées psychogènes, crises d'angoisse, mouvements pseudo-convulsifs.

Pour les items suivants nous prenons de nouveau notre série de vingt adolescents.

V.2.4. Lien avec un événement de vie

Ce paramètre est difficile à évaluer car le lien n'est pas toujours fait par le jeune ou sa famille. Dans 70% des cas, aucun événement critique n'est signalé. La réponse est cependant positive pour six dossiers, soit 30%.

Les événements relevés sont très variés :

- un déménagement trois mois auparavant pour mutation professionnelle de l'un des parents
- un changement récent de collège
- une séparation des parents
- un décès du père (décès accidentel, suite indirecte d'une querelle de voisinage) suivi d'un déménagement pour rapprochement familial
- une séparation temporaire entre le jeune et sa mère pour déplacement professionnel
- un décès d'un membre de la famille et d'une amie de la famille, et l'annonce d'un cancer chez la mère

V.2.5. Antécédents d'autres plaintes

Pour 70% des consultants, soit quatorze adolescents, il s'agit de la première plainte. Dans les autres cas, les adolescents ont déjà présenté une plainte ayant une similitude ou non avec la plainte actuelle :

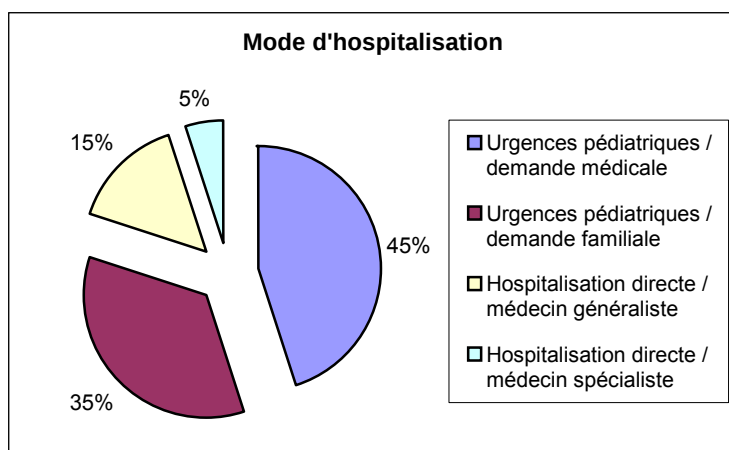
- Episode de tics pendant un mois chez un adolescent se plaignant actuellement de tremblements des membres supérieurs
- Episode de boiterie chez un adolescent se plaignant actuellement de douleurs abdominales
- Episode d'anesthésie des jambes entraînant des malaises avec chutes, pendant 48 heures, chez un adolescent consultant actuellement pour troubles de l'équilibre
- Episode de cervicalgies transitoires, ayant cédé spontanément, chez un adolescent reconsultant pour le même motif
- Episode de dyspnée chez un adolescent se plaignant actuellement de troubles de l'équilibre
- Episode de crises d'angoisse chez un adolescent se plaignant actuellement de céphalées

V.2.6. Mode d'hospitalisation

Dans 80% (n=16) des cas, l'hospitalisation dans le service de pédiatrie s'est faite via le service des urgences pédiatriques, soit sur demande du médecin généraliste ou du pédiatre dans 45% (n=9), soit car la famille s'y adresse directement dans 35% (n=7) des cas.

Dans 15% (n=3) des cas, il s'agit d'une hospitalisation directe suite à un accord entre le médecin généraliste et un des médecins du service (hospitalisation directe ou secondaire à une consultation hospitalière).

Dans 5% (n=1) des cas, c'est un spécialiste hospitalier, sollicité pour un avis diagnostique, qui demande l'hospitalisation du jeune dans le service de pédiatrie.

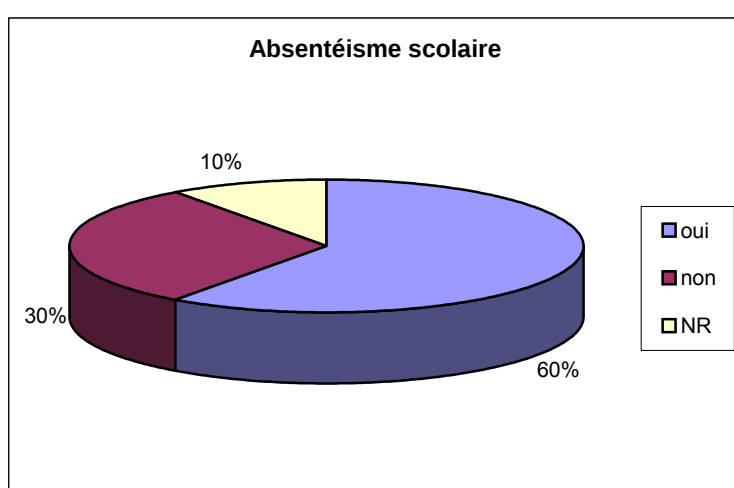


V.2.7. Attitude de la famille

C'est une donnée délicate à mentionner car elle implique une part d'interprétation et de subjectivité.

Cependant dans 35% des dossiers (n=7) il est retrouvé dans l'observation médicale la notion d'une famille inquiète, anxieuse par rapport au symptôme du jeune, craignant un problème médical sérieux.

V.2.8. Absentéisme scolaire



Les "symptômes flous" entraînent, dans 60% des cas de l'étude, un absentéisme scolaire, sans atteindre le seuil de significativité ($p=0,15$) en raison d'un nombre insuffisant d'observations.

Leur durée varie de quelques jours, ponctuellement (le jour du symptôme ou le lendemain de « crise »), à de véritables absences prolongées de plusieurs jours, semaines, voire à une déscolarisation. En effet, une adolescente ne fréquentait plus son établissement depuis quatre mois au moment de son hospitalisation.

V.2.9. Bénéfices secondaires

Il s'agit là aussi d'un critère subjectif, souvent mal renseigné dans les différents dossiers.

L'absentéisme scolaire peut être perçu comme une conséquence du symptôme mais aussi comme un bénéfice secondaire pour l'enfant.

On note dans trois observations une dispense de sport du fait des symptômes, dispense souvent appréciée par le jeune ou tout du moins sans notion de regret.

On note dans deux observations l'utilisation de béquilles, pour des plaintes concernant l'appareil locomoteur, entraînant une adaptation des salles de classe et une aide des autres élèves pour pallier au « handicap » (port du cartable, du plateau repas...).

V.3. LE BILAN HOSPITALIER REALISE : EVALUATION DU SYMPTOME

V.3.1. L'examen clinique

L'examen physique est normal dans 65% des cas.

Dans les autres cas, on retient des signes objectifs mineurs :

- faible poids à -2DS (n=1)
- surcharge pondérale (n=2)
- douleurs ostéoarticulaires avec limitation douloureuse des amplitudes articulaires par la douleur, lors d'une boiterie (n=1)
- abdomen sensible dans son ensemble à la palpation, mais non chirurgical, lors d'une plainte de douleur abdominale (n=1)
- sécheresse cutanée diffuse et importante, lors d'une plainte de troubles de la marche (n=1)
- cheville comparativement plus froide et oedématiée lors d'une algodystrophie (n=1)
- disparition des tremblements des membres supérieurs lors de la commande d'une action concomitante (n=1)
- présentation clinique d'un malaise d'allure atypique sans correspondance sémiologique (n=1)

V.3.2. Les examens complémentaires

Seul un adolescent n'a subi aucun examen complémentaire.

Les différents examens réalisés durant l'hospitalisation sont répertoriés dans le tableau suivant :

examens complémentaires	effectif	examens complémentaires	effectif
Biologie "standard" (NFS, ionogramme..)	16	Ponction lombaire	2
Radiographie (RP, ASP, Osseuse)	11	Electromyogramme	1
Echographie abdominale	2	Scintigraphie osseuse	4
Echographie cardiaque	2	Biopsie cutanée	1
Tomodensitométrie	6	Bilan sérologique, immunologique	4
IRM	6	Fibroscopie Oeso-Gastro-Duodénale	1
Electrocardiogramme	2	Fibroscopie ORL	1
Holter ECG	2	Transit Oeso-Gastro-Duodénal	1
Electroencéphalogramme	1	Epreuve d'effort	2
Doppler des membres inférieurs	1	Tilt test	1
Epreuves Fonctionnelles Respiratoires	1	Dosage des toxiques urinaires	1

Parmi les consultations demandées auprès de spécialistes hospitaliers on note :

- Consultation ORL : n=3
- Consultation dermatologue : n=1
- Consultation neuropédiatre : n=3
- Consultation ophtalmologue : n=1

Tous les résultats de ces différentes investigations s'avèrent normaux, ne fournissant pas d'explication ou d'étiologie organique aux symptômes.

Seule une scintigraphie osseuse retrouve une hyperfixation des deux calcanéums chez une jeune patiente consultant pour lombalgies.

V.3.3. L'évaluation pédopsychiatrique

On constate que la quasi-totalité des jeunes patients hospitalisés (n=18) a bénéficié d'une évaluation par l'un des pédopsychiatres du service. Cette proportion est très nettement significative ($p < 0,001$).

Seuls deux adolescents n'ont pas consulté de pédopsychiatre durant leur séjour hospitalier. Cela s'explique, pour l'un, par une durée de séjour très brève (24h) avec résolution rapide des symptômes, pour l'autre, devant une forte conviction de l'équipe d'une organicité du symptôme.

Le jour où intervient l'équipe de pédopsychiatrie est variable selon le jour de la semaine où débute l'hospitalisation (la première évaluation s'effectue rarement le week-end), selon le bilan organique et la planification des examens complémentaires.

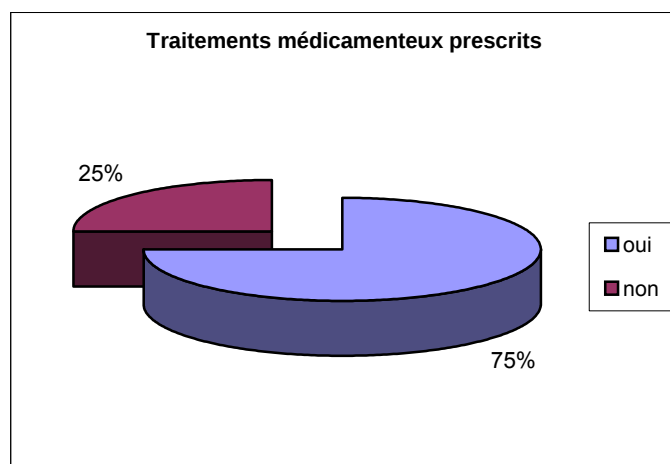
La moyenne sur les cas répertoriés est au 2^{ème} jour ; six observations ne renseignent pas cet item.

Délai d'intervention du pédopsychiatre	Effectif	Pourcentage
J 1	3	16,70%
J 2	7	38,90%
J 3	1	5,50%
J 4	1	5,50%
NR	6	33,40%

(NR : non renseigné)

V.4. LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

V.4.1. Traitements médicamenteux prescrits



Soixante-quinze pour cent (n=15) des adolescents hospitalisés ont reçu un traitement. Vingt-cinq pour cent (n=5) ne reçoivent aucune chimiothérapie.

V.4.1.1. Traitements antalgiques

Les traitements médicamenteux majoritairement prescrits sont les antalgiques (n=12, soit 80% des prescriptions), allant du palier I au palier III dans une des prescriptions. Ces traitements sont le plus souvent prescrits de façon anticipée « en cas de douleur » et ne sont pas administrés de façon systématique et régulière.

Tableau descriptif des antalgiques prescrits :

Classes antalgiques	Effectif
Palier I (paracétamol)	11
Palier II (codéine, tramadol)	4
Palier III (morphine)	1
AINS	1

Une différence significative ($p < 0,05$) est mise en évidence entre les antalgiques et les autres classes thérapeutiques.

V.4.1.2. Autres traitements médicamenteux

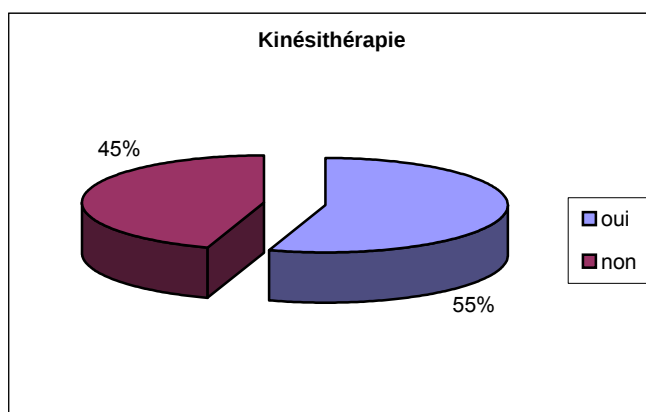
De l'acétylleucine (TANGANIL®) est prescrit à visée symptomatique chez un enfant hospitalisé pour vertiges.

De l'oméprazole (MOPRAL®) est prescrit à visée symptomatique chez un enfant hospitalisé pour pyrosis.

La prescription de psychotropes concerne cinq adolescents, soit 33% des prescriptions :

- dans trois dossiers de l'hydroxyzine (ATARAX®) est prescrit si besoin, en cas de crise ou d'anxiété importante
- un adolescent reçoit un traitement par valpromide (DEPAMIDE®) pour améliorer son sommeil
- un adolescent est rapidement traité pendant son hospitalisation par rispéridone (RISPERDAL®) et amitriptyline (LAROXYL®) devant des traits faisant suspecter une psychose sous-jacente

V.4.2. Kinésithérapie



Onze adolescents, soit 55%, sont pris en charge par les masseurs-kinésithérapeutes du service.

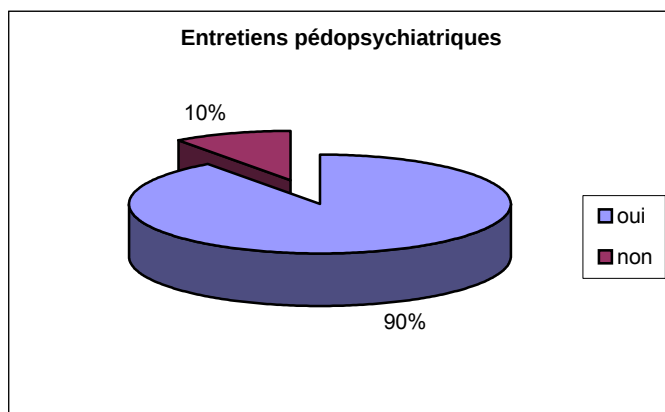
Les séances comprennent :

- des massages antalgiques ou à visée relaxante pour cinq d'entre eux, présentant des gonalgies, cervicalgies, polyalgies et malaises.
- de la kinésithérapie de mobilisation et de rééducation pour sept d'entre eux, dans des cas de troubles de la marche, gonalgies, algodystrophie et troubles de l'équilibre.

Tous les adolescents hospitalisés pour une plainte se rapportant à l'appareil locomoteur ont bénéficié de séances de kinésithérapie.

L'ergothérapeute du service de pédiatrie est intervenu auprès de deux adolescents hospitalisés.

V.4.3. Entretiens pédopsychiatriques



Nous avons précédemment vu que 90% des adolescents hospitalisés ont bénéficié d'entretiens avec un pédopsychiatre du service, ces entretiens variant de un à plusieurs durant le séjour.

Leur contenu est difficile à répertorier mais on peut quand même tirer des observations plusieurs notions pertinentes :

- angoisse autour de la mort et de la maladie (n=4)
- relations difficiles à l'école, moqueries des copains (n=5)
- angoisse autour des représentations corporelles : poids, puberté (n=4)
- difficultés scolaires, incertitude sur l'avenir professionnel (n=5)
- inquiétude par rapport à la séparation des parents (n=2)
- sentiment de solitude, de manque d'attention des parents (n=4)
- relation conflictuelle avec un membre de la famille (n=3)
- sentiment de dévalorisation (n=1)
- participation anxieuse (n=6)

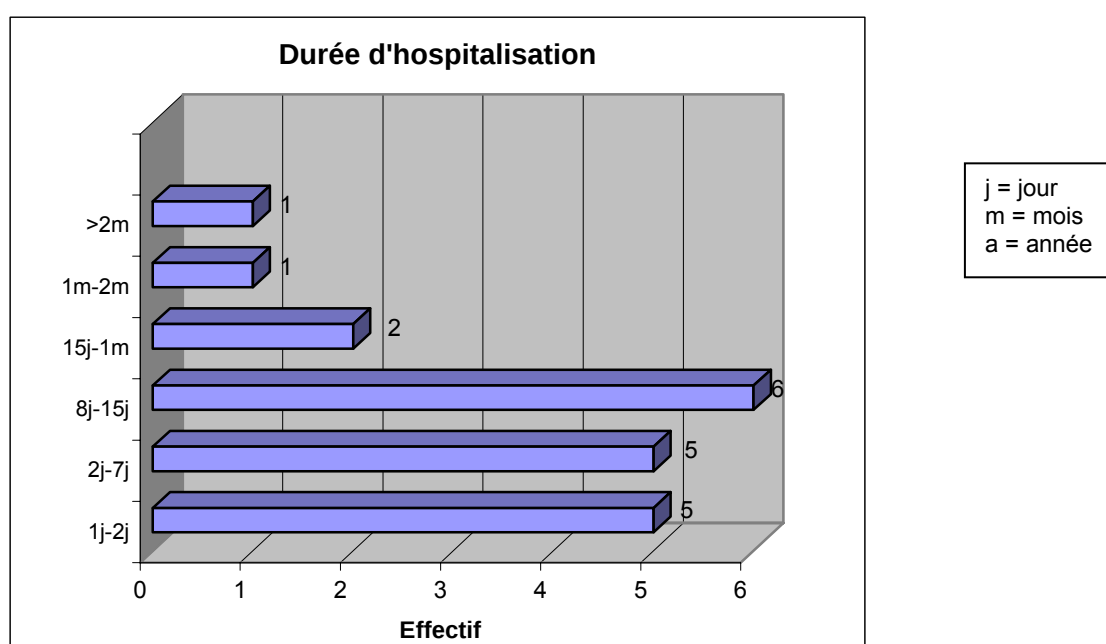
V.4.4. Durée d'hospitalisation

Elle correspond au nombre de jours passés à l'hôpital par l'adolescent pour la plainte incriminée.

Si l'adolescent est hospitalisé à plusieurs reprises pour la même plainte, le nombre de jours de chaque hospitalisation est additionné.

Sont inclus dans les calculs, les hospitalisations pour la même plainte passées au sein des services de pédiatrie, de chirurgie infantile ou de réanimation médicale du CHU de Nantes. Sont séparées les hospitalisations supplémentaires survenues dans d'autres centres hospitaliers.

La durée moyenne de séjour est de 11,1 +/- 6,6 jours (minimum : un jour ; maximum : deux mois).



Sept adolescents, soit 35% de l'échantillon, cumulent plusieurs hospitalisations :

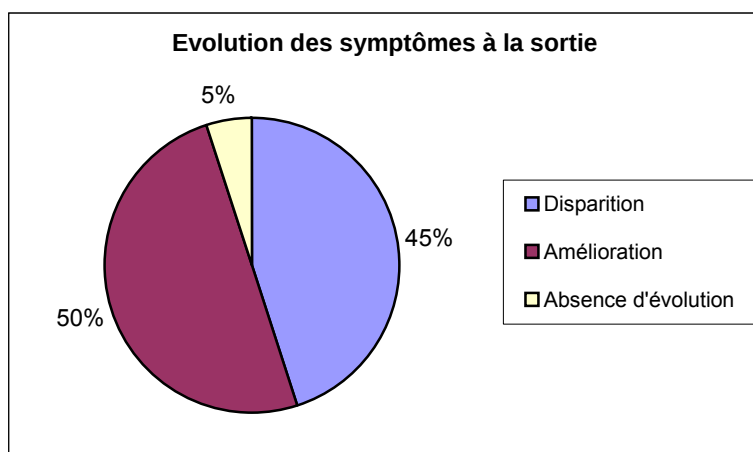
- Cinq adolescents ont été hospitalisés à deux reprises sur cette période pour la même plainte. Parmi eux, on retrouve une hospitalisation en chirurgie infantile pour un traumatisme du rachis cervical secondaire à un malaise.
- Un adolescent a été hospitalisé à cinq reprises pour la même plainte (douleurs abdominales), dont deux fois en chirurgie infantile.
- Un adolescent a été hospitalisé à six reprises pour la même plainte (malaise), dont une fois en réanimation médicale.

Trois adolescents, soit 15% de l'échantillon, ont aussi été hospitalisés dans d'autres établissements :

- Un adolescent, outre deux hospitalisations en CMP de 25 jours au total, a été hospitalisé à deux reprises au CHD de La Roche Sur Yon pendant une durée totale de 5 jours, et au centre de rééducation Villa Notre Dame de Saint Gilles Croix de Vie pendant 5 semaines.
- Un adolescent, outre deux hospitalisations en CMP de 8 jours au total, a été hospitalisé à plusieurs reprises au centre hospitalier de Vannes pour des durées non précisées.
- Un adolescent, outre six hospitalisations à Nantes pendant 34 jours au total, a été hospitalisé dans le service de pédiatrie du centre hospitalier de Saint-Nazaire pendant 2 jours et du CHU d'Angers pendant 2 jours.

V.4.5. Evolution des symptômes à la sortie

Nous avons regardé l'évolution des symptômes de nos adolescents à la date de leur sortie du service de pédiatrie. Pour les adolescents hospitalisés à plusieurs reprises pour la même plainte, est retenu l'état des symptômes au moment de la sortie de la dernière hospitalisation incluse pendant la durée de notre étude.



Il existe donc une nette tendance d'évolution favorable des symptômes. Dans 45% des cas de notre étude (n=9), les signes ont totalement disparu. Dans 50% des cas (n=10), on note une amélioration des plaintes : diminution des douleurs, reprise de la marche, diminution de la fréquence des malaises... L'évolution des symptômes ne semble pas corrélée à la nature des plaintes.

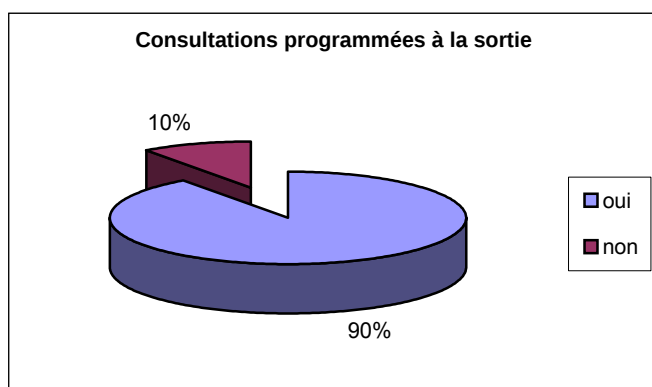
Un adolescent n'a pas vu de bénéfice à son hospitalisation. Sa sortie est permise par un examen clinique et des investigations complémentaires normaux, et la mise en place d'un traitement de fond ayant pour objectif de diminuer progressivement les symptômes.

A signaler un « dénouement » un peu surprenant : Laura est une adolescente de 13 ans, présentant des malaises avec troubles de l'équilibre et chutes évoluant depuis 2 mois. Elle est hospitalisée à deux reprises en pédiatrie suite à ses malaises, pendant 8 puis 3 jours. L'examen clinique est normal. Les investigations complémentaires (biologie, radiographies, scanner cérébral et du rachis cervical, IRM rachidienne, consultation ORL) ne décèlent aucune anomalie. Lors de la consultation conjointe à un mois de la sortie, Laura signale encore quelques épisodes de malaises avec cervicalgies. Un mois plus tard, la jeune fille est hospitalisée dans le service de chirurgie infantile pour un abcès de la marge anale révélant

une duplication rectale de découverte tardive, traitée par exérèse chirurgicale. Depuis l'intervention chirurgicale, Laura ne présente plus de malaises.

V.4.6. Consultations programmées à la sortie

Nous avons répertorié ce qu'il est proposé comme suivi aux adolescents à la sortie de leur hospitalisation.



Dans seulement 10% des cas de l'échantillon (n=2), il n'est pas programmé de consultation de suivi au décours de l'hospitalisation. Dans ces cas-là, il est signalé à la famille de reprendre contact avec un des médecins du service si les symptômes récidivaient de façon invalidante.

Dans 90% des cas (n=18) une consultation de contrôle à distance est programmée dès la sortie de l'hospitalisation. Les modalités et délais de consultation sont variables comme le montrent les résultats.

Type de consultation	Effectif	Pourcentage
Pédopsychiatre/interne psychiatrie	5	27,78%
Pédiatre	3	16,67%
Pédiatre + pédopsychiatre (conjointement)	8	44,44%
Pédiatre + pédopsychiatre (séparément)	2	11,11%

Délai de consultation	Effectif
15 jours-3 semaines	4
1 mois	8
2 mois	4
3 mois	4

Le délai moyen entre la sortie d'hospitalisation et la consultation est de 1,5 +/- 0,42 mois (minimum : 15 jours, maximum : 3 mois).

Un suivi en secteur extra-hospitalier est parfois proposé, même s'il ne concerne qu'une minorité :

- trois adolescents se voient proposer un suivi en ville, dans des centres médicaux psychologiques (CMP). Ce suivi est parfois facultatif, l'adresse est donnée à la famille en cas de besoin, ou bien les contacts ont déjà été pris par les pédopsychiatres du service et l'adolescent sort avec son rendez-vous.
- deux adolescents avaient déjà un suivi psychologique en ville ou en CMP avant leur hospitalisation, il est poursuivi à la sortie.

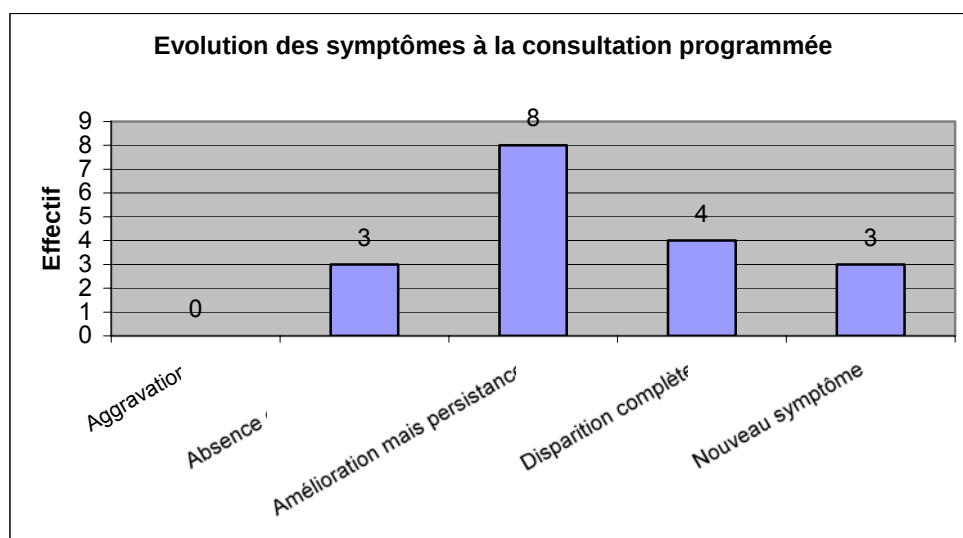
V.5. SUIVI ULTERIEUR

V.5.1. Evolution des symptômes à la consultation programmée

Dans notre échantillon, deux adolescents sont sortis d'hospitalisation sans planification de rendez-vous ultérieur, du fait de l'évolution favorable des symptômes.

Pour trois adolescents la consultation programmée n'a pas eu lieu avant le recueil des données.

Pour les autres adolescents (n=15), la répartition de l'évolution des symptômes à la date de consultation programmée est la suivante :



La majorité des plaintes évolue favorablement avec tendance à la régression.

Parmi les adolescents revus en consultation, 20% (n=3/15) rapportent un nouveau symptôme parallèlement à l'amélioration ou la disparition du premier. Dans tous les cas il s'agit d'une plainte concernant un système différent du premier.

V.5.2. Les consultations de suivi

Lors de la consultation programmée hospitalière, l'interrogatoire retrouve la notion d'autres consultations depuis la sortie d'hospitalisation pour le même symptôme : quatre ont eu besoin de consulter leur médecin généraliste, deux ont eu recours aux urgences pédiatriques, un a été hospitalisé dans un autre établissement.

Parmi les adolescents revus en consultations programmées, 67% (n=10/15) sont toujours suivis par l'équipe médicale de pédiatrie à la date de recueil ou ont bénéficié de plusieurs consultations. Pour 44% (n=6/15), il s'agit de la consultation conjointe pédiatre-pédopsychiatre.

V.5.3. Eclaircissement étiologique

Dans huit dossiers, parmi ceux des adolescents suivis, on retrouve mentionné la notion de stress, d'anxiété, de nervosité, et le cadre scolaire (orientation, relation avec les camarades, examens) est souvent mis en cause.

Chez trois adolescents, suffisamment d'arguments en faveur d'une dépression sous-jacente ont motivé l'instauration d'un traitement antidépresseur dans un second temps.

Une adolescente reçoit un traitement de type antidépresseur et antipsychotique, le tableau et l'évolution faisant craindre une pathologie psychiatrique sous-jacente, type psychose.

VI- DISCUSSION

VI.1. PLACE ET INTERET DE L'ETUDE

Cette étude ne prétend pas répondre définitivement à la question : « Comment prendre en charge les "symptômes flous" de l'adolescent ? » puisqu'il semble difficile d'y apporter une réponse unique et démontrée.

Autour des cas de quelques adolescents hospitalisés, nous avons voulu observer ces "symptômes flous", le profil des jeunes concernés, la façon dont leurs plaintes ont été prises en charge, les significations véhiculées par ces plaintes et les difficultés rencontrées par l'équipe médicale. Ces "plaintes floues" suscitent en effet de multiples interrogations : « Comment être sûr qu'il n'existe pas d'étiologie organique ? », « Jusqu'où aller dans les investigations complémentaires ? », « Quelles pistes de prise en charge proposer ? », « Que craindre derrière une telle symptomatologie ? »

Nous avons souligné en préambule l'incidence importante de ces plaintes et la nécessité de décrypter leurs significations. Que ce soit le pédiatre, parce que le caractère bruyant du tableau et/ou la chronicité des troubles conduisent à l'hospitalisation, ou bien le médecin généraliste, parce qu'il est souvent consulté en première intention, le corps médical est fréquemment confronté à ce type de demande et paraît souvent démuni. L'adolescence est de plus une période particulière durant laquelle le dialogue médecin-patient est parfois complexe.

Il s'agit d'une étude analytique intégrant parfois des parties descriptives. A travers les quelques données épidémiologiques nous étudierons le profil des adolescents concernés, puis comment ils ont été pris en charge dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes et enfin, nous soulignerons la souffrance psychologique que ces plaintes peuvent véhiculer.

Une revue des données de la littérature étayera ou complétera les résultats obtenus. Les références utilisées dans cette thèse proviennent d'auteurs qui partagent une expérience et un intérêt pour l'adolescence. Ces équipes ont colligé leurs observations afin de fournir des pistes de réflexion face à cette problématique parfois déroutante. Ils ne se considèrent pas, cependant, comme détenteurs d'une vérité qui rendrait caduques les autres approches.

Considérés comme plus « subjectifs », les troubles somatiques ressentis ont été de ce fait moins étudiés, même si dès l'âge de l'adolescence ces troubles sont à l'origine de près d'un tiers des consultations médicales.

Nous manquons donc d'études qui permettent de comprendre ce qui se passe au cours d'une consultation médicale. En effet, en ce qui concerne les troubles de l'adolescence, les épidémiologistes ont favorisé les recherches sur les facteurs de risque plutôt que sur les méthodes de prise en charge au sens large du terme. De même, la relation entre les présentations cliniques des adultes et des jeunes a été que rarement explorée. Nous ne savons que peu de choses quant à la prise en charge de ces adolescents aux "plaintes floues" en médecine de ville. Combien de temps sont-ils suivis en ville ? Sous quelles modalités ? Qu'est-ce qui justifie le recours à l'hospitalisation ?

VI.2. LES BIAIS

L'étude épidémiologique présentée dans ce travail est confrontée aux problèmes inhérents aux analyses rétrospectives.

Le questionnaire de recueil a été complété à l'aide des dossiers médicaux. Certains dossiers archivés étaient parfois incomplets pour certains items (soit parce que la question n'a pas été posée, soit parce que le résultat n'a pas été porté sur l'observation) et certaines données ne sont donc pas utilisables.

Certaines parties de l'étude sont descriptives. Les réponses libres nécessitent parfois une interprétation lors de la saisie des données.

Quelques adolescents, en cours de suivi, n'avaient pas eu à la date du recueil des données, leur consultation programmée post-hospitalisation. L'évolution des symptômes et les éléments du suivi ultérieur ne sont par conséquent pas renseignés.

La petite taille de l'échantillon entraîne un manque de puissance statistique et donc l'absence de différence significative lors de certains calculs.

Enfin, les adolescents inclus ont été choisis en connaissance du diagnostic, de leur parcours parfois, donc de façon arbitraire, et les données ne sont par conséquent pas toutes extrapolables à la population adolescente en général.

VI.3. RESULTATS STATISTIQUES

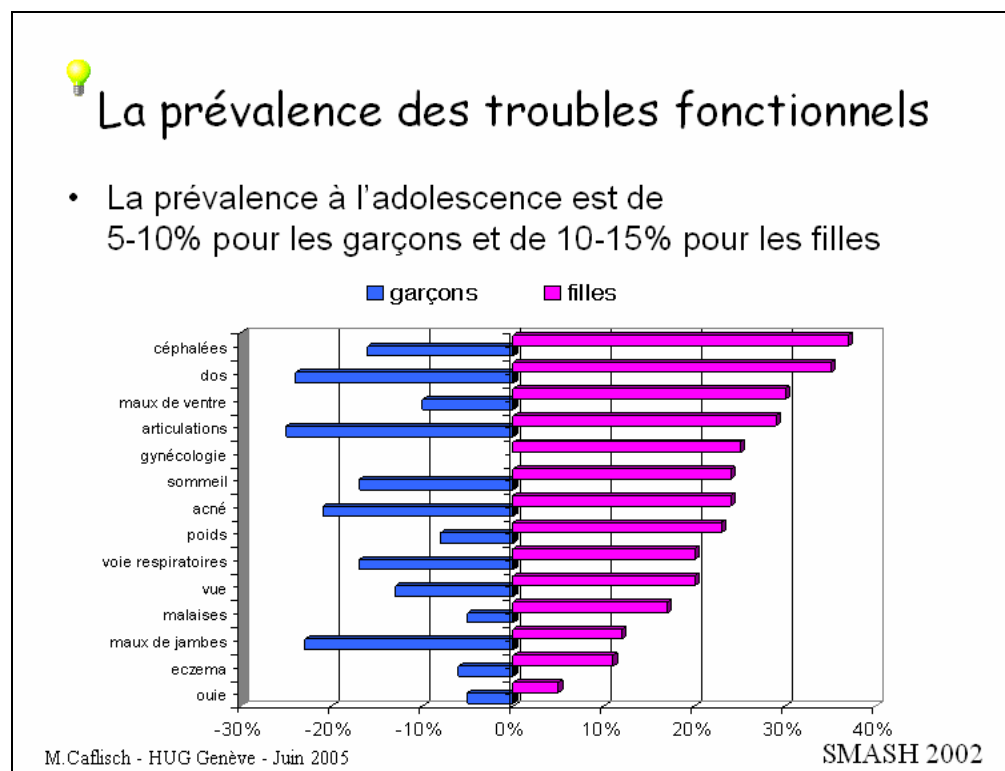
VI.3.1. Données épidémiologiques

Vingt dossiers ont été retenus entre novembre 2004 et mars 2006. Il ne s'agit pas de tous les adolescents hospitalisés dans le service pour une plainte somatique sans diagnostic organique posé pendant cette période, les données épidémiologiques de notre échantillon ne sont donc pas représentatives.

D'après la littérature la prévalence de ces troubles fonctionnels est non négligeable mais variable d'une étude à l'autre [18,20,30].

En juillet 1997, une consultation de médecine pour adolescents de moins de 16 ans a été créée à l'Hôpital des enfants de Genève, dirigée par Marianne Caflisch. Sur une période de deux ans, 285 patients ont consulté, ce qui correspond à 1% des adolescents vivant sur le canton de Genève. Les principaux motifs de consultations étaient des plaintes fonctionnelles dans 43% des cas, suivies, par argument de fréquence, de troubles du comportement alimentaire, de maladies chroniques, de problèmes psychosociaux et de syndromes

dépressifs. La prévalence des troubles fonctionnels à l'adolescence est donc de 5-10% pour les garçons et 10-15% pour les filles [18].



Parmi 457 jeunes pris en charge dans le service de Médecine pour Adolescents de Bicêtre, les "symptômes flous" sont fréquents : dans 52% des cas, on retrouve l'association de trois plaintes ou plus et uniquement 16% n'ont pas de plaintes du tout [20].

L'enquête nationale réalisée par Marie Choquet et Sylvie Ledoux en 1993, auprès de 12466 adolescents scolarisés, relevait entre autre les troubles psychologiques des 11-19 ans par sexe. Parmi les plaintes somatiques, 15% de garçons et 30% de filles signalaient avoir souvent « mal à la tête », 14% de garçons et 30% de filles avoir souvent du « mal à digérer », respectivement 18% et 25% avoir « mal au dos », 31% et 44% se disaient souvent « nerveux », 39% et 47% avaient souvent « l'impression d'être fatigués ». Parmi les troubles de l'humeur étudiés, « l'inquiétude » était ressentie par 27% des garçons et 41% des filles, 18% des garçons et 26% des filles se disaient souvent « désespérés en pensant à l'avenir », et 10% des garçons et 23% des filles se disaient souvent « déprimés ». La composante psychosociale de la pathologie juvénile paraît donc évidente [30].

VI.3.2. Données démographiques

VI.3.2.1. Age et sexe des patients

Le sex-ratio (F/H=1,2) montre une prédominance féminine, même si elle n'est pas statistiquement significative ($p>0,5$) du fait du faible échantillon.

La moyenne d'âge est de 12,45 ans.

Toutes les études montrent qu'il existe une différence de prévalence entre les sexes, constatée dès l'âge de 12 ans et expliquée par une diminution des plaintes chez les garçons et une augmentation de la somatisation chez les filles à partir de la ménarche. Les jeunes filles ont davantage tendance à formuler plus d'une plainte [17,20,57].

En général, les filles sont plus sujettes aux plaintes avec 3,7 plaintes contre 2,8 plaintes pour les garçons [20].

Offord et al., dans l'étude Ontario, décrivent des plaintes chez 11% des filles contre 4% de garçons âgés de 12 à 16 ans [37,60].

Dans l'observation de Marianne Cafilisch, réalisée auprès de 125 adolescents enregistrés pour des plaintes fonctionnelles à l'Hôpital des enfants de Genève, 92 filles contre 33 garçons ont consulté. L'âge moyen lors de la première visite était de 13,8 ans (écart type 1,5 an) [18].

Dans l'étude de l'Hôpital Sainte Justine, de Montréal, réalisée auprès de 409 adolescents pris en charge en clinique de somatisation, 70% étaient des jeunes filles. Dans cette même étude, les adolescents étaient âgés de 12 à 18 ans, avec une moyenne d'âge de 15 ans [6].

Comme le souligne l'observation réalisée sur la consultation pour adolescents de l'Hôpital de Bicêtre, il n'a pas été constaté de relation entre la fréquence des plaintes et l'âge. Cependant ce manque de différence statistiquement significative peut en partie être expliqué par des effectifs faibles pour certaines tranches d'âge [20].

VI.3.2.2. Cadre familial et socio-économique

Dans notre étude, la majorité des adolescents (80%) ont des parents vivant en couple. Nous ne disposons pas d'autres données pour étayer le profil social.

Sans valeur statistique précise, les enquêtes épidémiologiques montrent régulièrement le rôle de certains facteurs entravant la vie des adolescents : la misère socio-économique, la désorganisation sociale (en particulier chômage prolongé des parents), la pathologie mentale des parents (syndromes dépressifs et tentatives de suicide en particulier), l'absence durable ou la disparition du père, la mésentente familiale chronique et la violence répétée [4,14,18,36,61].

Cependant, aucun profil social bien clair ne se dessine et les malaises relationnels, scolaires et familiaux se conjuguent. Ces jeunes souffrent à plusieurs niveaux. Ils sont plus isolés des autres, plus en difficulté dans leur famille et à l'école : le poids du malaise relationnel est prépondérant. Si les conflits interpersonnels, scolaires et familiaux sont souvent à l'origine des troubles dépressifs, on peut aussi émettre l'hypothèse que cette dépressivité va

aggraver la perception négative de l'entourage. Ainsi le jeune se trouve dans un engrenage dont il ne sait pas comment sortir [22].

Dans l'histoire personnelle des adolescents qu'elle a vus en consultation, Marianne Caflisch pointe dans plus de 70% des cas un élément déterminant, et parfois plusieurs facteurs présents chez un même adolescent. Dans plus d'un tiers des situations, un des parents est inconnu ou absent pour des périodes de plus de six mois. Dans 31% des cas, un des parents est atteint d'une maladie somatique grave (sclérose en plaque, cancer, épilepsie, etc.) ou d'un problème psychiatrique majeur (alcoolisme, toxicomanie, psychose ou retard mental) et dans 7% des situations, un des parents est décédé (maladie ou accident). Un jeune sur cinq souffre d'un problème important de déracinement (requérant d'asile, clandestin ou immigration récente) [18].

D'après l'enquête Inserm de Marie Choquet, quand les deux parents sont régulièrement présents, la situation matrimoniale du couple parental n'est pas toujours un facteur de différenciation pertinente ; en revanche, le climat familial et surtout la qualité du contact avec les parents sont des facteurs significatifs différenciant les adolescents avec ou sans problèmes. Cependant l'existence d'une relation hostile semble à tout prendre préférable à une indifférence du père. Cette constatation épidémiologique conforte la description psychologique du travail d'adolescence : en effet, un père ressenti comme hostile représente une limite pour l'adolescent, alors qu'un père indifférent laisse l'adolescent face à lui-même et à un manque de contenant. L'absence totale d'un parent, surtout quand il s'agit du père, constitue toujours un facteur de risque notable [4,14].

L'étude américaine OCHS (Ontario Child Health Study) incluant 1015 jeunes de 13 à 16 ans, confirme le lien entre un faible niveau socio-économique, un dysfonctionnement familial voire un climat de violences subies (Kinzi et al., 1995, Fridrich et Schafer, 1995) et un plus fort taux de plaintes somatiques dans l'enfance [36,61].

On confirme donc l'accumulation de facteurs de stress psychosociaux et médicaux dans les familles d'adolescents qui souffrent de troubles fonctionnels. Il est important de rechercher activement ces éléments car le jeune tentera parfois d'esquiver ces sujets qui le confrontent avec la vulnérabilité de son entourage et tout particulièrement de ses parents, auxquels il peut vouloir ressembler tout en essayant de s'en séparer. Dans ce contexte là, il s'agit aussi de voir quelle collaboration semble possible et comment les parents se mobilisent.

VI.3.2.3. Antécédents personnels et familiaux

La totalité des adolescents de notre étude ne présente que des antécédents personnels mineurs, souvent propres à l'enfance et sans conséquence sur l'évolution ultérieure. Les traitements quotidiens sont donc exceptionnels, exceptés pour la pathologie asthmatique.

Cependant, il n'est pas exclu que ces "plaintes floues", suggérant un mal-être plus profond, une demande masquée, surviennent chez des jeunes atteints d'une pathologie chronique. Cela entre alors dans le cadre d'autres études.

Les antécédents familiaux sont probablement plus déterminants dans la genèse et l'expression des troubles. Nous avons pu noter, dans quelques observations, une similitude entre le symptôme exposé et une pathologie de l'entourage.

Plusieurs séries soulignent qu'il n'est pas rare de retrouver dans les antécédents familiaux des problèmes de santé chez les parents, qu'il s'agisse de maladies somatiques ou psychiatriques (dépression, alcoolisme, toxicodépendance) [17]. Les études de Wasserman et al. et de Zuckerman et al. confirment ces similitudes et l'augmentation des plaintes somatiques chez ces adolescents [36]. Il existe ainsi des familles à « climat » psychosomatique. Les adolescents dont un proche souffre d'un problème de santé expriment plus facilement leur « malaise » par le biais du corps. Ils réagiraient au stress avec un modèle de fonctionnement fondé sur le physique plutôt que sur le psychique.

Chez un nombre non négligeable d'adolescents nous soulignons un lien remarquable entre le symptôme présenté et la pathologie d'un proche. La littérature confirme puisque souvent on retrouve dans le proche entourage une pathologie ayant une analogie avec les symptômes présentés par l'enfant, en particulier des symptômes moteurs comme la boiterie d'un parent ou l'hémiplégie récente d'un grand-parent... Parfois il s'agit de l'environnement plus éloigné et il est alors difficile d'en faire le rapprochement [17,47].

VI.3.3. La plainte

VI.3.3.1. Type de plainte

La répartition, dans notre échantillon, du type de plainte n'est pas interprétable puisque les dossiers n'ont pas été choisis de façon aléatoire. Nous retrouvons majoritairement des plaintes concernant le système nerveux (45%) et l'appareil locomoteur (25%) mais sans différence significative.

Nous nous baserons donc sur les données de la littérature.

Dans l'évaluation de Marianne Caflisch, réalisée auprès de 125 adolescents vus en consultation à l'Hôpital des enfants de Genève, on décrit les plaintes suivantes : douleurs abdominales (43%), fatigue (28%), symptômes musculo-squelettiques (27%), malaises (27%), céphalées (24%), troubles du sommeil (20%), autres (25%) [18].

Sur l'étude réalisée entre 1994 et 1997 auprès de 409 adolescents vus en consultations à l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal, on retrouve : fatigue (25%), céphalées (20%), douleurs abdominales (15%), nausées/vomissements (9%), malaises/étourdissements (9%), polysymptômes (9%), troubles respiratoires/hyperventilation (6%), douleurs de l'appareil locomoteur (6%), douleurs thoraciques (2%), douleurs épigastriques (2%), tachycardies/palpitations (1%) et faiblesses musculaires (<1%).

Par ordre de fréquence décroissante, les systèmes concernés sont donc : système locomoteur (33%), système nerveux (27%), système digestif (26%), système cardiovasculaire (7%), système respiratoire (6%).

Cette étude souligne aussi que les garçons sont beaucoup plus nombreux que les filles à consulter pour fatigue et symptômes locomoteurs, alors que les filles consultent plus souvent pour céphalées, douleurs abdominales, nausées et peur de vomir. Les symptômes dits « nerveux » sont aussi fréquemment formulés par l'un ou l'autre sexe [6].

Enfin, dans l'évaluation de Garber, Walker et Zeman, en 2001, les symptômes les plus fréquemment cités sont : céphalées (25%), asthénie (23%), douleurs musculaires et dorsalgies (15%), nausées et gastralgies (15%) [37].

La répartition des plaintes est donc fluctuante selon les séries. Céphalées, douleurs abdominales et fatigue sont les plus fréquemment citées.

VI.3.3.2. Cumul des plaintes

Dans notre étude, 70% des adolescents ne signalent pas d'antécédent de plainte antérieure et tous sont hospitalisés pour un symptôme unique.

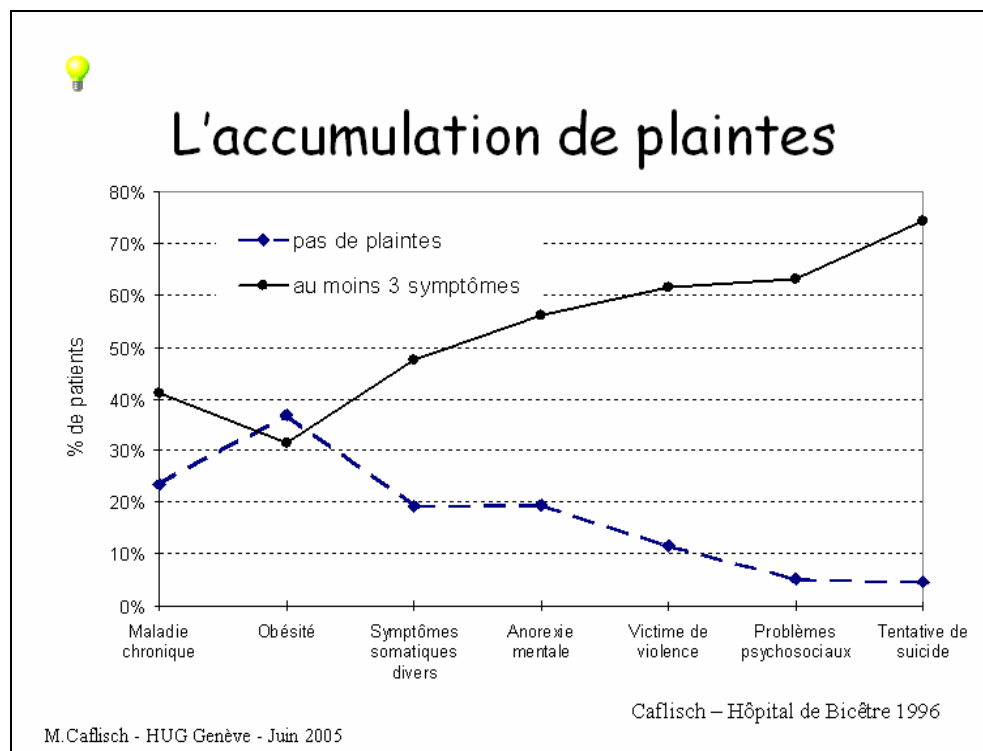
Cette observation est probablement biaisée par l'activité hospitalière où l'hospitalisation est nécessitée par un symptôme invalidant. Le cumul est plus fréquent dans une activité de consultations et probablement plus en médecine générale.

L'enquête nationale de Marie Choquet et Sylvie Ledoux apporte des précisions sur la fréquence des plaintes somatiques. Parmi ces adolescents, 31,3% ne présentent jamais ou présentent rarement les sept symptômes suivants : céphalées, gastralgies, nausées, dorsalgies, asthénie, cauchemars, réveils nocturnes ; 48,8% en ont fréquemment un ou deux ; 19,9% en totalisent au moins trois et 3,2% en associent cinq et plus. Le cumul des troubles est donc plus rare. Ces plaintes sont différentes selon le sexe et progressent en fréquence avec l'âge. Elles sont plus fréquentes chez les filles et surtout elles se cumulent [22].

D'après l'observation de l'Hôpital Sainte Justine, 13% de la patientèle rapportent deux symptômes, 9% formulent trois plaintes ou plus, notées polysymptômes. Cela infirme la croyance répandue que les adolescents qui somatisent abondent en malaises. Enfin, les jeunes filles ont là encore davantage tendance que les garçons à formuler plus d'une plainte [6].

Par contre, l'étude des américains Eminson et al. en 1996, rapporte sur une période de un an, une moyenne de six symptômes chez les filles et cinq chez les garçons, sur une population de 11 à 16 ans [37].

Une enquête effectuée dans le service de médecine pour adolescent de l'hôpital du Kremlin-Bicêtre à Paris a mis en évidence un lien étroit entre la fréquence d'un symptôme donné et le motif de consultation : des difficultés psychologiques dans un contexte social incertain sont volontiers exprimées par une accumulation de plaintes somatiques. Ces mêmes constatations ont été faites dans d'autres collectifs d'adolescents déprimés [8,17,18,22,61]. Ainsi, chez les jeunes présentant des problèmes psychologiques, l'absence de toute plainte somatique est plus rare, alors que le cumul des plaintes est encore plus fréquent.



VI.3.3.3. Bilan antérieur à l'hospitalisation

Il est important de s'attarder à la description du symptôme, à l'interprétation qu'en fait l'adolescent, à la manière dont le symptôme a été géré jusqu'à ce jour et au modèle-santé qui prévaut dans la famille. Il faut aussi explorer le handicap et les restrictions qu'entraîne la plainte physique.

Avant d'être hospitalisée, la majorité de ces jeunes, soit 90%, a déjà fait l'objet d'une évaluation médicale. Le médecin généraliste est le plus souvent le premier interlocuteur. En effet, 78% de notre échantillon lui ont fait appel. Rappelons que cette étude est antérieure à la mise en place du médecin traitant, et donc avant l'obligation de s'adresser à lui pour consulter un spécialiste. Certains ont ainsi directement et uniquement fait appel à un spécialiste pour le premier avis médical. Il s'agit d'une minorité (11%).

La grande majorité des jeunes a consulté à une ou deux reprises avant leur hospitalisation.

Le médecin généraliste réalise dans 67% des cas un premier bilan complémentaire, souvent simple (biologie, imagerie standard : radiographie voire échographie).

La durée d'évolution des symptômes avant l'hospitalisation est très variable en fonction de l'intensité du tableau, du retentissement qu'il entraîne et d'une prise en charge ambulatoire plus ou moins complète. Certains jeunes ont fait l'objet de bilans plus approfondis, lors d'une hospitalisation précédente dans un autre établissement ou lors d'un parcours ambulatoire. Le changement d'équipe se fait soit parce que la famille n'est pas satisfaite de la réponse, soit à la demande d'une autre équipe médicale (pour un nouvel avis), soit pour raison géographique.

On peut donc souligner que même en ambulatoire ces "plaintes floues" engendrent, la plupart du temps, une prescription d'investigations complémentaires : l'organicité reste à écarter.

Dans 56% des cas de notre échantillon, la première consultation ambulatoire s'est soldée par la réalisation d'une ordonnance. Dans la majorité des cas (72%), il s'agit d'une prescription à visée symptomatique (antalgiques, anti-inflammatoires, anti-spasmodiques). Pour 16% des consultants il y a eu instauration d'un traitement anxiolytique, de type benzodiazépines, par le médecin généraliste.

Dans notre échantillon, deux adolescents bénéficient déjà d'un suivi psychologique en ville ou en Centres Médico-Psychologiques. Ces consultations ont été motivées par des motifs d'anxiété, de repli, et avant l'émergence du symptôme en question.

Les résultats de l'enquête nationale sur la santé des adolescents révèlent que la consultation « psy » intervient alors que le généraliste est déjà consulté ; en d'autres termes, la consultation psychologique ou psychiatrique intervient rarement en dehors d'un recours antérieur et/ou simultané auprès d'un généraliste. De plus, seulement 4% des adolescents ont consulté un psychiatre ou un psychologue sur une année [22].

Dans la littérature, très peu de données informent sur la prise en charge de ces troubles fonctionnels en médecine générale (bilan réalisé, suivi, traitement instauré...). De même, le ressenti du médecin généraliste est exceptionnellement renseigné.

VI.3.3.4. Attitude de la famille

Il s'agit d'une donnée assez difficile à évaluer car essentiellement subjective et nécessitant donc une interprétation.

Globalement, on ressent le plus souvent une famille inquiète et anxieuse. Les symptômes sont jugés suffisamment graves pour nécessiter une hospitalisation. Un premier bilan voire traitement n'ont pas apporté satisfaction, et donc, de l'hospitalisation la famille attend un bilan plus approfondi et une explication diagnostique. Il n'est pas rare que les parents surenchérisent les symptômes, exerçant ainsi une pression pour la réalisation d'investigations complémentaires.

L'attitude de l'entourage interfère toujours dans l'organisation et la pérennisation du tableau clinique. Le moindre problème de santé chez l'enfant inquiète ses parents et est l'occasion de soins répétés qui procurent à l'enfant des sensations envahissantes et exacerbent son excitabilité physique [50].

Dans un premier temps, il convient de dédramatiser la situation et contenir l'anxiété familiale. Les parents doivent être rassurés, surtout face à la bénignité du malaise. Par conséquent, cela permet de diminuer leur niveau d'anxiété et amoindrir l'investissement lié aux symptômes.

Il est souvent difficile d'aborder la nature psychique éventuelle des troubles présentés avec l'enfant et sa famille. Lors des manifestations simples, les parents établissent parfois eux-

mêmes le lien avec un événement déclenchant, mais ils se laissent plus difficilement convaincre par le caractère fonctionnel du symptôme lors de manifestations plus sévères.

Les parents se trouvent confrontés à deux attitudes opposées qui peuvent, chacune, avoir leurs inconvénients. Certains parents se verront reprocher leurs inquiétudes excessives, parce qu'ils sont venus consulter dès le premier signe suspect. A l'inverse on reprochera à d'autres de ne pas s'être manifestés plus tôt et d'avoir laissé s'installer une situation franchement pathologique [14].

VI.3.3.5. Bénéfices secondaires

L'idée que le malade puisse « utiliser » sa maladie pour obtenir des compensations, voire pour établir une emprise sur l'entourage, est généralement et communément admise. Cet aspect manifeste se retrouve naturellement chez l'enfant et l'adolescent qui « se servent » de la maladie (psychique ou somatique) pour obtenir des « privilèges » matériels, affectifs ou éviter certaines situations [38].

Cependant, là encore, il s'agit d'une notion subjective. La notion de « bénéfices » ne sera pas la même pour tout le monde, c'est une question qui n'est pas toujours posée et dont l'enfant ou sa famille ne fait pas part spontanément.

Les bénéfices secondaires sont inhérents au statut de malade. Ils sont présents chez l'enfant pour toute maladie quelle qu'elle soit. Les éléments que l'on peut retrouver mettent en évidence une attention accrue au jeune « malade » que ce soit de la part de ses parents, de ses professeurs, de ses camarades d'école. Il s'agit souvent d'absentéisme scolaire permettant donc de rester au domicile familial avec un des parents, de dispenses de sport, d'aides techniques des camarades en cas d'incapacité physique.

Dans les conversions touchant l'appareil locomoteur (pseudo-paralysies, perturbations de la marche et de l'équilibre, mouvements anormaux) les troubles empêchent les déplacements et rendent l'enfant très dépendant de son entourage. Ces manifestations sont souvent d'apparition brutale et durable. Les activités habituelles sont modifiées.

Lorsque les troubles se produisent à l'école, l'élève est alors renvoyé chez lui. « Grâce » à son corps « malade de l'attachement », il obtient gain de cause et retrouve ainsi les personnes et les lieux familiers qu'il a tant de mal à quitter.

Il faut aussi observer rigoureusement les interactions familiales dans le traitement du refus scolaire. En effet, on s'aperçoit souvent que l'un des parents est lui-même de nature anxieuse et qu'il favorise inconsciemment la proximité de son enfant [11].

Le danger des bénéfices secondaires est dû à la tentation, pour l'adolescent, de maintenir la maladie pour les conserver. Ils contribuent donc à la pérennisation des troubles.

Lors des consultations, il est important d'évaluer ces bénéfices que les plaintes somatiques peuvent apporter à l'adolescent. Selon Marianne Caflisch, la compréhension de ces phénomènes aide à élaborer avec lui une mise à distance progressive du statut de malade et, cette démarche aide à éviter des complications telles qu'absentéismes scolaires prolongés, surmédicalisations et chronicité de la symptomatologie. « Comme dans le

phénomène volcanique, notre approche consiste en une observation attentive d'une coulée de lave qu'il est parfois judicieux de canaliser pour éviter des catastrophes » [18].

VI.3.3.6. Lien avec un événement de vie « critique »

Un événement déclenchant d'une portée symbolique particulière est presque toujours retrouvé.

Il peut s'agir d'un événement dit « stressant » : dispute familiale, épreuve scolaire, agression, séparation... Il peut aussi s'agir d'un deuil et la pathologie reprend alors celle du défunt. Les problèmes d'ordre scolaire sont fréquemment évoqués que ce soit vis à vis de la réussite, de la pression du travail ou bien encore des relations avec l'équipe enseignante ou avec les autres adolescents.

Tous ces éléments déclenchent une excitation et une insécurité qui trouvent leur résolution par le biais de l'éclosion symptomatique.

Toutefois, il semble important de souligner qu'il peut être dangereux, parce que simpliste voire erroné, de se contenter de repérer un lien, par exemple chronologique, entre un trouble physique et l'histoire au sein de laquelle il apparaît, et de dire que l'enfant somatise [49].

Elena Garralda, en 1992, souligne qu'il est fréquent qu'un symptôme physique fonctionnel se déclenche à la suite d'un problème médical : par exemple des pertes de la motricité ou de la sensibilité d'un membre suite à un traumatisme, des douleurs abdominales suivant un épisode de gastro-entérite aiguë, d'appendicite ou de péritonite (certains parlent d'« algodystrophies abdominales ») [37].

Dans l'étude de Graig et al., en 1994, et concernant 184 jeunes patients ayant consulté leur médecin généraliste pour un symptôme physique sans pathologie organique, 75% des consultants décrivent une expérience dite « stressante » dans les 38 semaines précédant la consultation. Parmi les principaux facteurs cités on retient : décès, conflits familiaux, ruptures sentimentales [26].

Marie Choquet, dans son enquête Inserm, distingue un groupe d'adolescents dits « à problèmes » qui cumulent les plaintes. La vie familiale est ressentie par ces adolescents comme pénible et tendue ; les parents, surtout le père, sont décrits comme envahissants ou indifférents mais toujours comme manquant de compréhension. Ces adolescents se plaignent d'affects de tristesse, de mal-être [14].

A noter qu'il n'y a pas de parallélisme entre l'importance apparente des problèmes et le vécu de ces réalités par les jeunes.

En pratique, dans les situations de "plaintes floues", on repère schématiquement deux grands types de souffrance psychologique : l'une qui est une souffrance par privation, l'autre qui est une souffrance par conflit.

Dans le premier cas, on trouve un état d'insatisfaction et de « malaise », lié à une privation accidentelle ou prolongée : un deuil, une séparation, un changement dans l'organisation de la vie.

La deuxième forme de souffrance est la situation de conflit ; le « malaise » semble lié à un conflit aigu et récent ou chronique et ancien, interne ou externe [49].

VI.3.4. Le bilan hospitalier

VI.3.4.1. L'hospitalisation

L'hospitalisation est souvent demandée par les parents, du fait de leur angoisse face aux symptômes présentés par l'enfant.

A Nantes, cette hospitalisation se fait le plus souvent (80%) via le service d'Urgences Pédiatriques, mais il s'agit là du mode d'organisation du service ; très peu d'entrées sont directes. Cette hospitalisation se fait soit sur recommandation du médecin généraliste, soit directement sur l'initiative de la famille, parce que le médecin n'est pas disponible ou bien le tableau ressenti paraît suffisamment préoccupant pour se rendre aux urgences.

L'adolescent est considéré dans sa globalité. En s'intéressant à ce qu'il vit dans sa famille, à l'école, avec ses amis, on explore les facteurs de stress, leurs impacts, les capacités à rebondir de l'adolescent et comment il prend soin de lui-même. En lui posant des questions relatives à ce qu'il vit, on lui manifestera un réel intérêt et on l'incitera à dialoguer.

Cette étape permet au jeune de verbaliser son « malaise », ses appréhensions, ses états d'âme, ses agires, les événements récents ou passés qui l'ébranlent, ses forces et finalement ses attentes. Elle requiert du temps, mais un temps nécessaire pour que l'adolescent s'implique, cherche et s'interroge sur ce qu'il vit.

Le séjour hospitalier permet avant tout une évaluation somatique, toujours dans l'objectif d'éliminer une maladie organique sous-jacente. Les examens complémentaires jugés nécessaires sont réalisés. L'hospitalisation peut faciliter la prise de contact avec l'équipe de pédopsychiatrie et permet l'élaboration d'un travail en réseau. L'évaluation se fait à plusieurs, ce qui constitue un avantage. Il permet ainsi la réalisation d'un bilan à la fois somatique et psychologique et apporte un cadre thérapeutique.

Le travail en collaboration des somaticiens et psychiatres est très important, notamment pour ces plaintes à expression corporelle. Il semble important que l'équipe pédopsychiatrique soit impliquée précocement dans la démarche diagnostique pour une meilleure évaluation des phénomènes. Le pédiatre peut introduire son confrère auprès des parents, en insistant sur leur travail en collaboration et surtout sur la dimension bio-psycho-sociale de toute maladie, le psychiatre étant positionné au départ comme « adjuvant possible au diagnostic et au traitement ». Ce recours au spécialiste psychiatre est en outre bien plus facilement réalisable, plus facile à proposer au cours d'une hospitalisation que par le médecin généraliste qui connaît le jeune et sa famille depuis souvent longtemps. D'ailleurs, la famille accepte presque toujours cette démarche une fois le projet expliqué.

Cette prise de contact précoce est aussi mieux acceptée que si elle intervient le dernier jour de l'hospitalisation, alors que tous les examens complémentaires s'avèrent normaux. Il ne

s'agit donc pas d'un « renvoi au psy », où l'enfant pourrait se sentir incompris, non reconnu, voire discrédité et dupé par le médecin avec qui il avait établi une relation privilégiée.

Le fait de demander un second avis ne doit pas être vécu par l'adolescent comme un abandon ou comme l'impression que l'on se « débarrasse » de lui. Le va-et-vient de la pensée entre la réalité du corps et la réalité psychique n'a en effet rien à voir avec ce qui pourrait être considéré comme un abandon du malade ou une disqualification du médecin. C'est au contraire une démarche empathique qui a pour but une meilleure compréhension de ce qui se passe et un meilleur accompagnement de l'adolescent difficile [40].

La consultation auprès du pédopsychiatre ne dépend donc pas d'une demande du patient, mais se révèle plus ou moins systématique dans le programme de soins. Le patient ne rencontre donc pas le psychiatre parce que lui, en particulier, a un problème mais parce qu'il s'agit d'une disposition générale. Cela rend la démarche plus facile.

Ainsi la démarche diagnostique se fait de façon parallèle au cours de l'hospitalisation et non pas successivement.

L'hospitalisation permet par ailleurs un éloignement du milieu familial permettant d'interrompre des interactions pathologiques. On observe parfois une disparition rapide des symptômes. L'hospitalisation peut jouer un rôle de « déblocage ».

VI.3.4.2. Examen clinique

Dans 65% des cas, l'examen clinique est normal ou ne retrouve que des signes mineurs, peu spécifiques.

Lors des troubles de l'appareil locomoteur notamment, les symptômes ne respectent pas la systématisation neurologique mais correspondent plutôt à l'idée, à la conception qu'a le sujet d'une maladie donnée ou de l'organisation de son corps.

L'examen clinique pédiatrique répété est primordial. Il est médiateur dans l'établissement de la relation thérapeutique. C'est un moment privilégié pour aborder avec le jeune sa façon de vivre, les changements pubertaires et l'émergence des pulsions ou des sensations physiques ressenties lors des moments de stress. On essaiera alors de lui traduire le langage parlé de son corps. En effet, la perception pour l'adolescent de son corps passe souvent par le regard des autres et par conséquent aussi celui du médecin [17].

Il faut décrire « la normalité », rassurer l'adolescent sur son « bon fonctionnement ». Il est important de détailler et commenter ce que nous constatons, de verbaliser tout ce que nous pouvons percevoir et de ne pas passer sous silence des particularités (développement pubertaire, surpoids, acné, vergetures...) dont l'adolescent ne parle pas spontanément, mais qui font partie de ses préoccupations quotidiennes. Ce que nous jugeons comme « normal » ne l'est pas forcément pour lui [16].

Il faut aussi pouvoir dire « l'anormalité ». Vouloir protéger l'adolescent peut être perçu par ce dernier comme un manque de confiance car, bien souvent, il a déjà repéré ses propres différences en se comparant à ses pairs. Dire « l'anormalité » c'est aussi pouvoir proposer une prise en charge de celle-ci. Rien n'est plus douloureux pour l'adolescent que de constater le silence du médecin face à son propre silence [16]. Une source possible de

problèmes ou de malentendus, parfois difficilement récupérables, est de vouloir esquiver, plus ou moins consciemment, certaines questions ou certains éléments de l'examen.

Il ne faut donc jamais oublier la place centrale que joue le corps à cette période de la vie. Le rôle des soignants est donc de savoir entrer en contact avec ce corps tout en le respectant, sans craindre d'écouter le langage sans mots qui y est inscrit ou « parlé ».

VI.3.4.3. Eliminer une pathologie organique

En tant que médecins somaticiens, nous sommes dans l'obligation d'écarter toute pathologie organique. Cette démarche se fait à l'aide de l'examen clinique et si nécessaire d'examens complémentaires, afin de nous conforter du bien fondé de notre appréciation de non-organicité de la symptomatologie et d'écarter tout doute ou incertitude. C'est le pré-requis indispensable à toute stratégie thérapeutique.

En effet, des erreurs par excès comme par défaut, ne sont pas rares, qu'il s'agisse de la méconnaissance d'une affection organique ou de la fixation iatrogène d'un symptôme de conversion par multiplication excessive d'examens complémentaires et d'hospitalisations.

Pour ne citer que quelques exemples, des céphalées persistantes peuvent révéler une tumeur cérébrale, des douleurs abdominales récurrentes peuvent être un signe de maladie de Crohn, des troubles métaboliques peuvent se présenter par des tableaux pseudo-neurologiques comme des pertes d'équilibre... La présentation est peu spécifique au départ.

Il importe de reconnaître le plus rapidement possible le caractère fonctionnel. La multiplication des examens complémentaires à la recherche d'une improbable cause organique focalise trop longtemps l'attention sur le symptôme. A l'inverse, la suspicion de simulation est tout autant préjudiciable, les stratégies visant à intimider, surprendre ou confondre l'enfant empêchent toute alliance thérapeutique ultérieure.

Il a pu être démontré que les médecins ont moins souvent besoin de recourir à des examens complémentaires pour se rassurer lorsque le patient souffre de plaintes fonctionnelles multiples que lorsqu'il s'agit d'une unique plainte chronique [17].

Le jeune patient et ses proches exercent souvent une pression pour que des examens complémentaires soient effectués. Ces demandes sont dues à la complaisance de la famille à l'égard du trouble ou allant dans le sens de l'évitement de la problématique du patient et des interactions familiales.

La répétition abusive des explorations focalise le patient sur ses troubles et ne peut que majorer sa conviction de leur « authenticité ». Vis-à-vis de l'enfant et de l'entourage, les examens doivent être présentés dans un esprit rassurant et non pas de recherche à tout prix d'une anomalie cachée.

Il est quasiment impossible d'évoquer et de faire entendre à l'adolescent et son entourage la probabilité d'une somatisation, tout en maintenant ouverte la possibilité d'une atteinte organique.

Dans notre étude, le nombre d'examens complémentaires réalisé est relativement conséquent. Il s'agit également d'investigations parfois très spécialisées. Au final, la totalité des examens réalisés sont normaux, sans explication pour le symptôme incriminé.

Comment interpréter cette escalade d'investigations ?

- la hantise de méconnaître une pathologie organique, parce que chacun garde souvent en mémoire une erreur d'évaluation préjudiciable
- la pression de la famille convaincue du caractère organique
- la disponibilité du plateau technique, qui fait qu'il est probablement plus difficile de refuser à la famille un examen à l'hôpital plutôt qu'en ville
- la présentation du tableau, tellement bruyant parfois, qu'on croit difficilement au caractère fonctionnel
- la crainte croissante des problèmes médico-légaux, qui pousse à multiplier les examens

Il demeure cependant important de ne pas se contenter d'un diagnostic de plainte fonctionnelle par seule exclusion d'un trouble organique et de rechercher activement les critères permettant de poser un diagnostic centré sur la problématique fonctionnelle : présence d'un lien temporel entre un événement stressant et la plainte physique, absence de fluctuation dans le temps, importance du handicap non expliqué par la physiopathologie, absence d'efficacité des traitements proposés, association d'une multitude de plaintes différentes, inquiétude et investissement parental, surmédicalisation, contexte familial ou scolaire favorisant. Tous ces facteurs parlent en faveur d'un problème psychosomatique [17,37].

VI.3.4.4. Réaction à l'annonce du caractère fonctionnel

L'annonce du caractère fonctionnel constitue à lui seul tout un travail dans la prise en charge des adolescents.

L'adolescent peut être soulagé à l'idée de ne pas avoir de maladie grave et de ne pas avoir à prendre de médicaments. Au contraire, il peut ressentir un sentiment de confusion, d'incertitude ou de perte d'identité. Il exprime souvent des préoccupations relatives au regard des autres, à l'idée que l'on puisse penser qu'il simule ou qu'il veuille attirer l'attention sur lui.

Il faut expliquer au jeune que ses symptômes sont en lien avec un état de stress psychologique. Il est important de lui faire remarquer qu'il n'est pas rare que nous soyons confronté à ce type de plaintes et que d'autres jeunes ressentent le stress environnant par l'intermédiaire du corps, de sensations somatiques [26]. Il faut souligner que des sensations corporelles parfois désagréables sont normalement ressenties par des individus en bonne santé. Peut-être est-il plus attentif à ces sensations, peut-être les ressent-il, les verbalise-t-il ou s'inquiète-t-il davantage qu'un autre. L'annonce du caractère fonctionnel des symptômes doit donc être présenté comme une « bonne nouvelle » [6].

Il faut assurer le jeune de notre compréhension, lui dire qu'il a bien quelque chose, que son symptôme, sa douleur le font bien souffrir au niveau corporel. Il est nécessaire qu'il perçoive sa parole comme entendue et respectée. Nommer sa souffrance c'est lui témoigner de notre considération, c'est confirmer qu'il n'a pas rien et déjà se recentrer sur l'essentiel du problème. Le malade doit absolument sentir qu'on l'écoute, qu'on le croit et qu'on ne le prend pas pour un simulateur. La neutralité des termes employés est essentielle pour l'acceptation du diagnostic [60].

Dire à un « malade fonctionnel » : « Vous n'avez rien ! » équivaut pour certains à un rejet chargé d'incompréhension, rejet renvoyant le patient à cette solitude primordiale qui, probablement, est la cause majeure de ses angoisses ainsi somatisées [11].

Il faut tenter de répondre au mieux à la plainte de l'adolescent. Il s'agit souvent de se situer entre deux positions extrêmes de banalisation ou de dramatisation : « C'est la crise, elle passera » ou « Il est fou, il est malade » [41].

En ce qui concernent les parents, ils peuvent ressentir un sentiment de honte en évoquant ce diagnostic avec leur famille et amis, de culpabilité vis à vis de l'échec que représente pour eux l'impossibilité à reconnaître et prévenir la souffrance morale de leur enfant, et enfin de déception car cette pathologie n'a pas de substratum organique.

Certains parents refusent l'éventualité d'un tel diagnostic et font du nomadisme médical à la recherche d'une « réelle » pathologie, plus « acceptable ».

Les parents ont eux aussi besoin d'être rassurés et informés afin d'éviter la pérennisation des facteurs de stress et des bénéfices secondaires.

Ainsi, on conçoit donc la somatisation comme un mode relationnel qui s'instaure entre le patient, sa famille, ses professeurs et son médecin. La somatisation est un langage codé et constitue une manifestation de la souffrance psychique. L'adolescent transmet une souffrance trop difficile à mettre en mots [6].

Les "plaintes floues" de l'adolescent sont liées à l'insécurité ressentie et la peur de voir se modifier la dépendance aux parents de façon trop radicale. Elles sont aussi l'expression de ses contradictions, une forme d'expression de l'insatisfaction. « Par la plainte et plus particulièrement l'insatisfaction, l'enfant et l'adolescent expriment d'une part leurs attentes à l'égard des parents, et donc leur dépendance affective, et d'autre part, affirment leur pouvoir d'échapper à l'emprise des parents puisque la plainte persiste ». Le médecin doit identifier derrière une "plainte floue" d'un adolescent, ce qui peut orienter vers une étiologie somatique ou nécessiter un avis spécialisé [55].

VI.3.4.5. Diagnostics différentiels

Nous avons précédemment souligné l'importance de ne pas méconnaître une pathologie organique sous-jacente (céphalées et tumeurs cérébrales, douleurs abdominales et maladies de Crohn, troubles de l'équilibre et maladies métaboliques...).

L'adolescence et surtout la post-adolescence sont des périodes de prédilection pour l'éclosion des troubles psychiques les plus inquiétants, et en particulier des psychoses. Il existe là une perte de contact avec la réalité. Les prémices sont souvent insidieuses. Le diagnostic ne doit pas être porté à la légère et ne peut être reconnu que lors des manifestations indubitables et durables, d'où l'importance d'un travail en collaboration avec les pédopsychiatres.

A côté de ces manifestations graves, il existe toute une série d'autres troubles d'incidence moindre sur le contact avec la réalité, mais qui peuvent être gênants pour l'adolescent : les phobies (sociales, scolaires...), les troubles anxieux, les comportements obsessionnels...

De distinction plus difficile, car de clinique très proche, les simulations et troubles factices n'entrent pas dans les classifications des troubles fonctionnels. Leur caractéristique essentielle est la production intentionnelle de symptômes. La différence entre les deux repose sur les motivations : incitations extérieures pour les simulations, incitations internes pour les troubles factices. Cette différence est loin d'être évidente, surtout pour la simulation, car les symptômes peuvent succéder ou s'intriquer aux troubles fonctionnels proprement dits.

VI.3.5. La prise en charge hospitalière

VI.3.5.1. Les traitements médicamenteux

Ce qui ressort de l'observation des traitements instaurés durant l'hospitalisation en pédiatrie est la proportion importante de traitements antalgiques et/ou symptomatiques (70%), en opposition à une minorité de traitements dits psychotropes (25%). A signaler également, que même en secteur hospitalier, la prescription médicamenteuse n'est pas automatique, puisque 25% des malades de notre échantillon n'ont pas de traitement médicamenteux malgré la présence de symptômes.

De plus, ces traitements sont souvent prescrits et administrés « si besoin, en cas de douleur », il ne s'agit donc pas de prescription systématique, ce qui incite alors l'adolescent à exprimer sa souffrance.

Les trois paliers de l'OMS ont été utilisés, avec majoritairement des antalgiques de palier I. On constate aussi que la douleur peut être ressentie comme telle qu'elle justifie parfois une prescription de morphinique. Le traitement de la douleur est important : traiter la douleur, c'est prouver qu'on la prend en compte.

En ce qui concerne les traitements psychotropes, leur prescription est, à ce stade, limité, car il s'agit souvent de la première évaluation psychologique du jeune. Des anxiolytiques sont prescrits en cas d'anxiété importante et invalidante, cela concerne trois dossiers. Une

adolescente a été mise rapidement sous traitement antipsychotique (rispéridone, RISPERDAL®) et antidépresseur (amitriptyline, LAROXYL®) devant un tableau sévère de catatonie faisant craindre une psychose sous-jacente.

Très peu d'études contrôlées ont évalué les effets des différents traitements sur les plaintes somatiques des jeunes.

Une première constatation s'impose : c'est la place très limitée que tiennent les médicaments psychotropes chez l'enfant par rapport aux autres interventions thérapeutiques. Un traitement antidépresseur peut être aidant si des traits dépressifs sont retrouvés lors de l'évaluation. Les indications sont toujours réfléchies. Ces notions sont clairement énoncées dans la conférence de consensus sur « Les Troubles Dépressifs chez l'Enfant » [34].

Les publications restent réservées quant à l'efficacité des antidépresseurs chez l'enfant. La grande majorité des études en double aveugle randomisées et contrôlées contre placebo (Puig-Antich et coll., 1987 ; Geller et coll. 1989) ne font pas la preuve d'une efficacité des antidépresseurs tricycliques contre le placebo. Ces études présentent cependant de nombreux défauts méthodologiques (faible taille des échantillons, durée insuffisante du suivi dépassant rarement 4 à 6 semaines, instruments de mesure pas toujours adaptés ni validés, etc.) [47].

Ces données précédemment citées concernent des adolescents suivis par des équipes de pédiatres et/ou pédopsychiatres.

Cependant, en ce qui concerne la population générale, l'enquête nationale de Marie Choquet et Sylvie Ledoux révèle qu'au cours de l'année, 17% des adolescents ont pris des médicaments traitant la nervosité, l'anxiété ou l'insomnie, les filles en consommant plus que les garçons (22% contre 12%). Depuis 1971, on assiste à une augmentation de la prise de médicaments, comme une « démocratisation ». L'essentiel de la prise médicamenteuse se fait sur ordonnance. Toutefois, l'augmentation de l'usage de médicaments prescrits s'accompagne d'une auto-médication. La responsabilité médicale semble donc largement engagée [22].

L'usage des placebos est de peu d'intérêt. Leur possible effet réducteur sur les symptômes risque de laisser dans l'ombre les difficultés psychopathologiques de l'enfant.

Plus que l'effet thérapeutique réel de la molécule, c'est l'alliance thérapeutique entre le jeune et le prescripteur qui importe. Cette alliance en elle-même a un effet placebo, mais qui reste bénéfique sur l'évolution des symptômes.

En s'appliquant également à la médecine libérale, la demande d'aide de l'enfant et de sa famille est centrée sur la résolution des symptômes. Il existe parfois une pression pour obtenir un traitement. Victor Courtecuisse insiste sur le principe du refus ferme et réitéré de prescriptions médicamenteuses. L'ordonnance sera rarement suivie ou parfois au contraire trop suivie, et sera exceptionnellement ou transitoirement efficace. Ce qu'il faut prendre en compte c'est la souffrance dans sa globalité, c'est aider l'adolescent à dénoncer cette violence et à découvrir la source [25]. Le médecin doit expliquer simplement que la situation n'indique pas la présence d'une « maladie évidente » et que, dans ces conditions, toute prescription serait illogique, superflue et risquerait même, le cas échéant, de perturber le processus médical.

Pour le médecin également, la tentation pourrait être de « se débarrasser » rapidement du symptôme ou de le traiter symptomatiquement sans comprendre ce que cache réellement la plainte. Traiter les symptômes reviendrait ici, par exemple, à traiter uniquement la fièvre lors d'une infection, acte clairement insuffisant et parfois même dangereux dans certaines situations [17].

L'observance thérapeutique, est définie comme le degré de concordance entre le comportement d'un individu (en termes de prise médicamenteuse, suivi de régime ou exécution de changements dans le style de vie) et la prescription clinique. Elle concerne donc non seulement les médicaments, mais tous les types de prescriptions associés. Il s'agit d'un phénomène multifactoriel qui implique autant le patient que le médecin.

En moyenne, 30 à 50% des adolescents ne sont pas ou pas strictement compliants, cette proportion rejoignant celle constatée chez les adultes [4].

A l'adolescence, les déterminants de la compliance sont multiples et font appel à des facteurs personnels (profil du patient) et familiaux (environnement familial), ainsi qu'à des facteurs liés à la maladie, aux traitements et à leur perception, à la relation de soins et à la relation médecin/malade. Le sexe ne fait par contre pas partie des facteurs associés aux comportements de bonne ou mauvaise compliance [13].

Une bonne alliance thérapeutique doit permettre d'aborder le problème de l'observance sans mettre en péril la relation thérapeutique [38].

« Médecins, allez-vous nous dire que c'est d'un bocal de pharmacie que vous allez tirer le baume efficace à de telles blessures ? » (Maurice de Fleury, *L'Angoisse humaine*).

VI.3.5.2. La psychothérapie

La quasi-totalité des adolescents, soit 90%, a été évaluée par l'équipe de pédopsychiatrie durant son séjour. Il s'agit d'un entretien entre le médecin psychiatre et le jeune. Cette évaluation est systématique pour tout adolescent hospitalisé dans le service de pédiatrie du CHU de Nantes pour un "symptôme flou". Elle intervient de façon plus ou moins précoce en fonction de l'évaluation clinique et paraclinique et de la conviction du caractère fonctionnel. Les dossiers sont de toute façon gérés parallèlement : les adolescents sont vus par le pédopsychiatre une fois l'organicité écartée mais restent suivis par l'équipe de pédiatrie pour le versant « somatique ». A l'inverse, il est aussi important de ne pas orienter trop rapidement l'adolescent vers une prise en charge psychothérapeutique ; il faut choisir le bon moment pour introduire les autres intervenants. En effet, cette démarche peut être difficilement comprise par le jeune et ne doit pas être vécue comme un abandon.

La réussite du traitement dépend aussi beaucoup du partenariat avec la famille. Il est important que la prise en charge lui soit expliquée et qu'elle se sente impliquée dans la thérapie.

Même s'ils ne présentent pas de maladie « organique », les patients doivent voir leur souffrance psychologique reconnue et prise en charge. Le risque est ici de ne prendre en compte que les symptômes et d'en faire le seul enjeu d'un éventuel projet thérapeutique. Si l'on s'engage sur cette voie, on va en effet méconnaître l'essentiel, à savoir que ces

symptômes ne sont habituellement que l'un des modes d'expression d'une souffrance et que rien d'utile ne pourra véritablement être fait si cette souffrance n'est pas reconnue [25].

L'image négative de la psychiatrie, par le grand public, gêne les actions de prévention et de soins, de même que le cloisonnement entre soins psychiatriques et somatiques. Le recours au spécialiste psychiatre peut faire l'objet d'une longue négociation tant cet appel à l'aide est perçu comme une reddition. S'ils ont des préoccupations concernant leur *psyché*, les jeunes ne les expriment pas directement. Ils prendront plus volontiers des anxiolytiques pour calmer leurs angoisses qu'ils n'envisageront de rencontrer un psychiatre [12]. La demande d'aide de l'enfant et de sa famille est centrée vers la résolution des plaintes et des symptômes ressentis physiquement, plutôt que vers la recherche de conflits psychologiques, la démarche est donc parfois difficilement comprise.

En médecine libérale, le problème pour le généraliste est de savoir si le traitement de ces difficultés psychologiques relève de sa compétence ou s'il doit adresser son patient à un confrère psychiatre. Il est sage, lorsque des difficultés psychiques sont évoquées, de donner à l'adolescent une adresse de psychiatre ou psychologue qu'il ira consulter si besoin. C'est lui, en définitive, qui fera la première démarche s'il le juge nécessaire [29].

Les généralistes orientent les jeunes vers un psychiatre en cas de troubles perçus mais cette orientation s'avère parfois insuffisante et disparate. Cette situation peut signer le malaise de certains praticiens vis-à-vis des intervenants psychiatres, malaise qui peut s'expliquer, en outre, par le manque d'informations sur les troubles psychologiques, l'absence de correspondants dans le réseau professionnel, les craintes suscitées par les maladies mentales, etc. [12].

Consulter un psychiatre de sa propre initiative est souvent délicat. Pour le grand public, ce recours est encore réservé aux cas graves et qui le resteront, l'idée de la pérennité des troubles mentaux étant très répandue.

Dans notre échantillon, seulement deux adolescents avaient, avant leur hospitalisation, un suivi instauré en ambulatoire, l'un auprès d'une psychologue, l'autre dans un Centre Médico-Psychologique (CMP). Il s'agit donc d'une minorité.

Ce travail psychothérapique peut amener l'enfant à exprimer ses angoisses et élaborer ses conflits psychiques, l'aider à se rendre compte des liens existant entre ce qu'il vit et ce qu'il ressent [42]. Le plus souvent, il s'agit d'une psychothérapie de soutien qui encadre la plainte. Le thérapeute observe les symptômes (l'adolescent décrit ses souffrances du moment) et recherche les racines profondes (l'adolescent raconte des souvenirs, des sensations ou des rêves se rapportant à son enfance) [11]. Au début de la prise en charge, il est rare de trouver des facteurs à l'origine de la problématique ; le plus souvent c'est une multitude de moments stressants cumulés qu'on peut retrouver dans l'histoire personnelle du patient.

Cette psychothérapie peut être rendue difficile par le déni du jeune malade d'une atteinte psychique. Le travail psychothérapique a pour objectif de permettre le rétablissement de liens symboliques verbaux qui avaient été effacés au profit d'un langage corporel. Le corps doit perdre son rôle de contenant des affects et des émotions.

Le psychiatre travaille avec un ensemble de signes qui émanent des différents membres de la famille. Pour que l'adolescent aille mieux et trouve sa place, il s'agit souvent de remettre en perspective l'histoire de la famille, de relier les événements ponctuels avec le passé

individuel ou commun. C'est ce travail qui permet de remobiliser les relations mutuelles et de dégager l'adolescent de ses difficultés existentielles [41].

La technique psychothérapique elle-même est fonction de l'âge de l'enfant, du thérapeute, des conditions locales. La psychanalyse est rarement indiquée à l'adolescence. L'acte et la parole ne sont pas encore dissociés. On se tourne alors vers la psychothérapie [29].

Sanders, Shepherd, Cleghorn, et Woodford en 1994, ont donné les résultats d'un essai clinique contrôlé randomisé incluant 44 adolescents avec des douleurs abdominales récurrentes. Les deux groupes, bénéficiant de soins pédiatriques standards ou d'une prise en charge psychologique, ont vu une amélioration significative de leur symptomatologie (nombre et intensité des épisodes douloureux). Cependant, les jeunes suivis dans le bras pédopsychiatrique ont un meilleur taux de disparition complète de la douleur, un taux plus faible de rechute à six mois et à un an et un niveau plus faible d'interférences avec leurs activités quotidiennes. Les parents rapportent aussi un meilleur taux de satisfaction avec ce dernier traitement [37,56].

VI.3.5.3. Les autres aides

La plupart des études concernant les traitements et les modalités de prise en charge ont été réalisées chez les adultes. Il n'existe que très peu d'investigations sur la prise en charge des enfants avec des plaintes somatiques. Les propositions de prise en charge émanent donc d'observations cliniques et de transpositions de données recueillies dans la population adulte.

VI.3.5.3.1. La régression

« Aux modifications physiologiques et pulsionnelles de l'adolescence entraînant un remaniement des défenses s'associe un deuxième grand mouvement intra-psychique lié à l'expérience de séparation et de perte d'objet qui fait assimiler le travail de l'adolescence au travail de deuil » (A. Haim) [42]. L'adolescent doit se détacher des personnes influentes de son enfance, de ses anciens plaisirs, de ses objectifs antérieurs. Pour accomplir ce travail de deuil, certaines attitudes répondent à des mécanismes de défense, notamment la régression, plus ou moins massive, dans une tentative de revivre les premières relations avec l'objet maternel. La régression permet au corps de l'enfant de redevenir le médiateur entre le jeune et son entourage.

Par ces comportements de régression, l'adolescent recherche l'aspect rassurant de ce qu'il a déjà expérimenté ; il espère ainsi retrouver une certaine maîtrise de la relation à l'autre. La plupart du temps, il s'agit de régressions transitoires auxquelles il faut laisser libre cours, tant qu'elles ne s'installent pas durablement [41].

L'hospitalisation doit tolérer cette régression. Des soins de « nursing », « cocooning », par le biais du corps, apporte une assurance à l'adolescent. Toute l'équipe y apporte sa contribution.

Le paradoxe, désir d'autonomie et besoin d'attachement, vient de ce que le jeune n'est effectivement pas prêt à partir. Il n'a encore ni la maturité ni les moyens effectifs de

s'assumer. L'opposition systématique comme la plainte répétée et l'anxiété représentent des mécanismes qui entretiennent l'ambiguïté. Un lien se rétablit car les parents aussitôt surenchérisent, sollicités à nouveau dans le registre de l'enfance, de la protection [41].

VI.3.5.3.2. La kinésithérapie

De part son approche corporelle, elle est très fréquemment utilisée dans le service de pédiatrie. 55% des patients de notre échantillon en ont bénéficié. Rééducation à la marche, travail d'équilibre, massages... le but est de détendre le jeune, lui redonner de l'assurance, lui faire prendre conscience de son corps. Il s'agit là d'un aspect original de la prise en charge des "symptômes flous" dans le service de pédiatrie du CHU de Nantes.

La kinésithérapie trouve toute sa place notamment dans les troubles de l'appareil locomoteur, avec une grande satisfaction quant à l'adhésion du jeune et aux résultats. L'implication des kinésithérapeutes est particulièrement importante dans la médecine de l'adolescent du fait de son abord corporel.

L'approche kinésithérapique mériterait un travail plus approfondi. De nombreuses techniques et de multiples concepts émergent devant la reconnaissance de ce langage corporel et l'éclosion de ces troubles à expression somatique. Se créent des approches psychocorporelles, approches globales du corps par le mouvement d'éveil corporel.

VI.3.5.3.3. La relaxation

Victor Courtecuisse, qui a eu l'occasion d'observer les bienfaits de ces pratiques, la justifie comme un moyen de faire la paix avec son corps.

La relaxation peut se révéler très utile pour contrôler l'apparition des « crises ». Elle utilise justement le corps « parlant » comme moyen thérapeutique, en permettant à l'enfant d'éprouver son corps autrement qu'à travers son symptôme. Les techniques de relaxation offrent à l'adolescent un contact sécurisant [38].

Finney et al. en 1989 puis Sanders et al. en 1998 soulignaient les résultats encourageants de cette technique [32,35,56]. L'équipe de Larsson en 1992 a rapporté une supériorité des techniques d'auto relaxation versus un traitement par placebo pour la prise en charge des céphalées du jeune [32,44].

Les techniques de relaxation sont mentionnées comme une aide dans le traitement des céphalées, des symptômes conversifs et syndromes douloureux (Brugman et Newman, 1993 ; Manne et al., 1990) [31,46].

En conclusion, face à des symptômes sans organicité prouvée, il est important de s'attarder réellement à la plainte sous-jacente. L'adolescent a besoin d'être aidé pour comprendre puis pour accepter que les symptômes puissent témoigner d'un mal-être plus profond.

Tout en prenant très au sérieux les symptômes que le patient présente, il est extrêmement important de ne pas l'enfermer dans son rôle de malade. L'intervention consiste en un travail

d'élaboration pour l'aider à mieux comprendre les liens existant entre sa douleur physique, son mal-être psychique et son histoire personnelle, afin d'éviter que son rôle de malade l'empêche d'investir le groupe des pairs et le milieu scolaire. On l'aidera à traduire le langage exprimé par son corps : une meilleure compréhension permettra d'élaborer avec l'adolescent une mise à distance progressive des symptômes qui l'envahissent. On cherchera à donner un sens aux « malaises », à aider l'adolescent à élargir ses stratégies d'adaptation et l'accompagner dans ses efforts pour recouvrer la santé.

VI.3.5.4. « Une sortie honorable »

La prise en charge repose surtout sur la crédibilité accordée à l'adolescent et à son symptôme.

Des explications neutres sur les relations fonctionnelles entre le ressenti physique et le vécu psychique peuvent être d'une grande aide. Il faut essayer de rechercher et de trouver ensemble une « porte de sortie honorable ». Des traitements symptomatiques (médicaments, techniques de relaxation, séances de kinésithérapie) sont parfois utiles ; ils permettent au jeune de déléguer sa guérison à une substance neutre ou une tierce personne [17,60].

Il importe de donner à l'enfant un moyen de guérir « sans perdre la face », la maladie ayant été au premier plan des soucis familiaux. Il faut respecter la valeur défensive et protectrice du symptôme corporel.

Michaux disait à propos de l'hystérie : « Privé du prestige de sa maladie, l'hystérique doit trouver son dédommagement dans le prestige d'une guérison dont il est important de lui laisser le mérite » [48].

Le patient ne doit pas croire qu'on le considère comme « un fou », surtout lorsque les problèmes psychologiques refoulés ne sont pas évidents pour lui. Il faut permettre à l'adolescent de ne pas renoncer afin de toujours lui donner les moyens de parvenir au meilleur de lui-même.

VI.3.6. *Evolution et éléments pronostiques*

Nous ne disposons pas d'étude statistique sur l'évolution des symptômes à la sortie d'une hospitalisation pour un "symptôme flou". En effet, la plupart des enquêtes réalisées concernent des adolescents suivis en consultation dans des unités spécifiques. La durée d'hospitalisation moyenne n'est donc pas renseignée non plus.

Dans notre étude, la durée du séjour est très variable (de 1 jour à 2 mois, avec une moyenne de 11,1 +/- 6,6 jours) et l'évolution est statistiquement favorable avec soit une régression complète des symptômes (45% des cas), soit une amélioration (50% des cas).

De façon générale, le pronostic de ces plaintes fonctionnelles est bon. Les données de la littérature indiquent selon les symptômes des taux de rémission spontanée jusqu'à 60%.

Cette tendance favorable est comparable aux résultats constatés par Marianne Caflisch, qui retrouve une nette amélioration des symptômes pour 83% des adolescents. Pour deux tiers d'entre eux, il s'agissait d'une disparition des plaintes et l'autre tiers présentait une amélioration partielle. Une persistance des manifestations, sans amélioration, se retrouve dans 8% des cas. Pour les 9% restants, il n'existe pas de données sur l'évolution en raison d'une interruption précoce du suivi. Ces résultats correspondent à des adolescents vus uniquement en consultation, et en moyenne, cinq consultations par patient ont été effectuées sur une période de un à deux ans [18].

Chez l'enfant et l'adolescent, d'après Ajuriaguerra [2], il semblerait que les éléments suivants soient de bon pronostic :

- un jeune âge
- un diagnostic rapide avec un nombre d'examens complémentaires réduits pour éviter la iatrogénie
- l'évitement d'une focalisation sur le symptôme seul
- la suppression la plus précoce possible du symptôme
- l'absence de bénéfices secondaires ou leur faible attrait
- une aide ultérieure à l'enfant et à la famille
- la facilité à trouver une porte de sortie honorable

Le pronostic sera moins bon si le milieu familial comprend difficilement l'enfant, majore son angoisse, croit à la réalité d'une maladie organique. Si la famille ne fait pas confiance au médecin, elle en changera souvent, conduisant alors à réitérer les examens complémentaires pour éliminer une étiologie organique et pérennisant ainsi la symptomatologie.

VI.3.7. Suivi ultérieur

VI.3.7.1. Consultations conjointes

Après leur sortie du service de pédiatrie du CHU de Nantes, ces jeunes patients sont, pour 90% d'entre eux, revus en consultation, la plupart du temps conjointement par le pédiatre et le pédopsychiatre (44%). Parfois, le suivi psychiatrique ou psychologique est poursuivi en ambulatoire. Il y a alors eu prise de contact avec les futurs intervenants par l'équipe pédopsychiatrique hospitalière.

En ce qui concerne le déroulement des visites médicales, la plupart des prises en charge proposées dans la littérature souligne qu'il est judicieux de fixer la fréquence des consultations à l'avance, en discussion avec le patient, afin de les adapter à ses besoins. On essaiera d'éviter les consultations à la demande qui seraient déterminées uniquement par l'émergence du symptôme [17]. Dans notre étude, les jeunes patients sortent avec leur date de rendez-vous ; le délai moyen de la consultation est de 1,5 +/- 0,42 mois.

Les visites médicales sont basées sur des entretiens réguliers, accordant une place importante aux plaintes physiques et aux facteurs de stress qui peuvent y être associés. La répétition de l'examen physique est primordiale, permettant de rassurer l'adolescent sur sa « normalité » et son « bon fonctionnement », d'aborder sa façon de vivre les changements pubertaires, les sensations physiques qu'il peut ressentir lors de stress psychologiques (palpitations, vertiges, oppression...). Il s'agit de consultations thérapeutiques [18].

La consultation conjointe permet souvent une meilleure acceptation du diagnostic et du traitement. Elle contraint à une sorte de « co-pensée » entre la réalité du corps et la réalité psychique, et permet de faire le lien entre le *soma* et la *psyché*.

Le suivi en consultation est un travail d'élaboration pour aider l'adolescent à mieux comprendre les liens existant entre sa douleur physique, son mal-être psychique et son histoire personnelle. L'objectif est de traduire ensemble le langage parlé par son corps. Il faut miser sur le temps avec ces adolescents qui somatisent.

« Telle la coulée de lave, qui est un processus long et fascinant », les plaintes fonctionnelles vont nécessiter du temps pour être comprises de part et d'autre [18].

Il est également très difficile de trouver des données sur la durée d'évolution des plaintes. Il existe une fluctuation de la clinique, de nouvelles plaintes peuvent s'intriquer, des adolescents sont perdus de vue... Le plus souvent les conversions somatiques durent de quelques jours à quelques semaines, et dans quelques cas elles se prolongent plusieurs mois.

Lorsque les plaintes symptomatiques se répètent, durent, s'associent entre elles et avec des événements de vie négatifs, il est le plus souvent illusoire de croire que le temps est le meilleur traitement et qu'il suffit d'attendre. Au contraire, on peut craindre soit une fixation dans un type de difficultés, dont la répétition risque d'avoir un effet de désignation pour l'adolescent aboutissant à une pathologie comportementale fixée, soit une aggravation progressive avec un risque de décompensation dans un état psychopathologique patent. Au total, il importe d'intervenir rapidement afin de ne pas laisser l'adolescent s'enfermer dans des comportements de plus en plus pathologiques et qui l'éloignent du travail psychologique caractéristique de cet âge, indispensable pour poursuivre une évolution et une croissance satisfaisantes. Les parents doivent alors accepter l'idée d'un suivi médical, voire d'un avis auprès d'un spécialiste, démarche susceptible d'ouvrir de nouvelles potentialités [14].

VI.3.7.2. Outils d'évaluation

Dans son exercice médical, le médecin, prenant en charge des adolescents, peut s'aider d'outils afin de mieux repérer et évaluer le retentissement des plaintes.

VI.3.7.2.1. Carnet d'auto-évaluation

L'équipe de Marianne Caflisch rapporte l'utilisation fréquente de carnets d'auto-évaluation que l'adolescent remplit d'une consultation à l'autre. Cet outil permet de retrouver des liens entre la douleur ressentie physiquement et les moments difficiles dans la journée, lui permettant ainsi de reprendre un certain contrôle sur ce qui lui arrive. Il essaiera de quantifier, de traduire par des mots ou des chiffres ce qu'il ressent [18]. Ce carnet est aussi préconisé par certaines équipes américaines, notamment celle d'Elena Garralda, comme instrument de suivi des adolescents à plaintes somatiques [37].

Ces évaluations peuvent aider à découvrir ensemble des liens existants entre la douleur ressentie physiquement et le vécu quotidien, le but étant de réussir à donner un nouveau sens au mal-être perçu par le jeune.

VI.3.7.2.2. Questionnaire

Nous avons vu qu'il existe un décalage entre les professionnels de santé et les adolescents sur la perception de la santé (Nastorg et coll., 2000 ; Choquet et coll., 2001) [12, 22,53].

Les résultats suggèrent toutefois (données qui méritent d'être confirmées par d'autres études) que ce décalage serait plus important en médecine libérale qu'à l'infirmerie scolaire, au contact quotidien avec les élèves. De plus, ce décalage semble diminuer très significativement quand des questions précises sont posées durant l'entretien, d'où l'importance de mettre au point une grille d'entretien adaptée à chaque pratique professionnelle et de former les praticiens à intégrer cette grille dans leur exercice [12]. Longtemps on a estimé que le « feeling » du médecin suffisait pour connaître et comprendre les troubles psychologiques de la personne consultante. Devant la complexité des situations et des modes d'expression, force est de constater que des outils de repérage s'avèrent de plus en plus indispensables si l'on veut intervenir précocement et efficacement. Pour écouter les adolescents, il ne suffit pas de les laisser parler librement, il faut aussi systématiquement les questionner et ne pas prendre le risque de laisser sans soins un jeune à « haut risque » de troubles psychologiques.

Une étude originale a été réalisée entre 1999 et 2004, dans le département de la Charente-Maritime, pour optimiser l'accueil des adolescents en médecine générale, avec la validation de l'usage d'un référentiel. En partant du principe que la consultation de l'adolescent en médecine générale a des caractéristiques propres et un enjeu qui dépasse largement le motif évoqué, les investigateurs ont voulu optimiser cette rencontre en construisant un référentiel d'attitudes simples visant à élargir systématiquement le contenu des consultations et aider à passer un cap en cas de problème. Les modifications de comportements de 39 généralistes, à qui le référentiel a été proposé, ont été analysées.

Le nombre de consultations ayant un motif de type psychologique reste faible (6%), les demandes allusives liées au mal-être sont bien plus fréquentes lors de sollicitations somatiques. Cette prise en compte relève ainsi d'un dépistage quotidien. Il est donc suggéré que le praticien puisse utiliser des outils de repérage adaptés et des instruments d'aide à la décision spécifiquement destinés aux généralistes [8].

Le groupe de travail a conçu et expérimenté un test pratique d'approche pour le dépistage des antécédents suicidaires, le TSTS-CAFARD. Complétant ce premier travail, le groupe a ensuite conçu un référentiel d'attitudes professionnelles simples pour l'accueil des adolescents en général, mais aussi pour ceux repérés en difficulté.

Ce premier travail a finalisé un référentiel qui poursuit deux objectifs :

- élargir le contenu de toute consultation
- et, en cas de problème, aider l'adolescent à passer un cap.
- La réalisation de ces objectifs s'appuie sur quatre attitudes de base :
 - favoriser l'expression en aménageant plus de liberté de parole et d'action
 - établir une relation de soins où l'adolescent trouve plus d'autonomie, de confort et de sécurité
 - améliorer la représentation du corps et de l'estime de soi
 - susciter une diversité de solutions possibles à la mesure de ses capacités.

Lors de toute consultation avec un adolescent, il est proposé d'ouvrir la discussion lors de l'exposé du motif par une allusion type : « Oui, mais encore ? »..., d'intégrer le rôle du tiers,

de commenter l'examen clinique pendant sa réalisation en suscitant un échange et de dépister le mal-être avec le test TSTS-CAFARD.

Ce dernier consiste à aborder 4 thèmes en formulant les questions d'ouverture (Traumatologie, Sommeil, Tabac, Stress). A chaque réponse positive obtenue, il est alors proposé une question complémentaire introduisant un niveau de gravité à partir de 5 mots clés (Cauchemars, Agression, Fumeur quotidien, Absentéisme, Ressenti Désagréable familial).

Lorsqu'un mal-être est dépisté, il faut confronter les points de vue et savoir reformuler, renforcer le lien par l'utilisation d'outils relationnels, fixer un rendez-vous dans un délai inversement proportionnel à la gravité de la situation et orienter éventuellement vers le spécialiste correspondant.

En conclusion, l'utilisation du référentiel a permis un léger élargissement de la consultation au-delà du motif initial, mais elle a surtout augmenté la fréquence de l'abord « psy », notamment par la simple consigne de dire « A part ça... oui, mais encore ? ». Le référentiel valide, en cas de dépistage d'un problème, le recours à des attitudes simples pour amorcer l'accompagnement d'un adolescent lors du passage d'un cap difficile, ce référentiel fait progresser le savoir-faire [8].

VI.3.7.3. Le réseau de ville

Compte tenu de la diversité d'expression du « malaise » ou de la souffrance, de la multiplicité des intervenants impliqués, un travail en réseau est le plus souvent nécessaire voire indispensable, dès que les difficultés de l'adolescent atteignent un certain degré de gravité : le médecin d'adolescents doit savoir travailler en établissant des liens avec les autres intervenants [30].

Le dispositif de soins en santé mentale s'est incontestablement étoffé et largement développé au cours des vingt dernières années. Des équipes spécialisées ont répondu à un besoin. Une prise en charge ambulatoire est possible.

VI.3.7.3.1. Centres médico-psychologiques

La psychiatrie de service public, organisée en secteurs, répond aux missions et obligations réactualisées par la circulaire du 14 mars 1990. Ce système de soins sectorisé a une double spécificité : la gratuité des soins ambulatoires et la pluridisciplinarité des équipes, en particulier en ce qui concerne l'accueil des enfants et des adolescents. Le centre médico-psychologique (CMP) occupe, pour les adolescents, une place prépondérante, assurant une double fonction, comme le rappelle la circulaire du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents : « Accueil du public mais aussi lieu d'élaboration et de coordination au sein de l'équipe comme avec les partenaires extérieurs ». Le CMP constitue le pivot d'un dispositif de secteurs, dans lequel d'autres structures de soins peuvent s'articuler et varient selon les endroits [30].

VI.3.7.3.2. Centres médico-psycho-pédagogiques

Ces centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) sont des structures et services dont la tutelle varie selon les endroits ; ils sont gérés par des associations loi 1901 d'initiative municipale, Education nationale ou privées, mais qui participent à l'ensemble du dispositif médico-social et social concernant cette tranche d'âge. Les liens avec l'éducation nationale sont privilégiés. Il s'agit également des établissements médico-éducatifs prenant en charge des adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou une inadaptation socioculturelle et des lieux de vie ou d'accueil, structures d'accueil non traditionnelles permettant des séjours de rupture ou d'alternance. Les traitements sont remboursés par la sécurité sociale [30].

La continuité des soins entre médecine hospitalière et médecine de ville n'est pas toujours assurée. Le système de soins est donc utilisé de façon morcelée et pas toujours appropriée, révélant ainsi les difficultés des acteurs à décoder la demande sous-jacente au symptôme, le manque de cohérence des réponses dans la prise en charge, ce qui aboutit à l'absence de suivi médical des adolescents souffrants [30].

Dans notre recueil, à la sortie d'hospitalisation, deux adolescents ont repris leur suivi ambulatoire déjà instauré et pour trois autres, un nouveau suivi a été créé. Les équipes se sont mises en relation afin de faciliter la transmission des données.

VI.3.8. Pronostic à long terme

Les plaintes fonctionnelles chroniques, à l'adolescence, sont considérées comme un facteur de risque pour le développement d'une maladie psychosomatique à l'âge adulte, raison suffisante pour que cette problématique attire toute notre attention [17].

L'étude américaine Ontario rapporte que les adolescents ayant un fort score de somatisation, évalué sur une échelle standardisée, sont plus susceptibles de développer à distance une maladie psychiatrique (42% versus 11%) et aussi d'avoir des problèmes de relations sociales [60].

Pour certains auteurs (Myquel, Escande), il n'y a pas de continuité entre la pathologie de l'enfant et celle de l'adulte : des symptômes « hystériques » chez l'enfant ne feront pas le lit d'une névrose hystérique de l'adulte [31].

Pour d'autres, comme Lebovici, les symptômes hystériques de l'enfant et de l'adolescent se trouvent à un carrefour qui peut conduire, après les transformations de la puberté, vers un large éventail de pathologies, allant de la psychose, en passant par la dépression et la psychosomatique, à la psychopathie [45].

L'étude américaine prospective OCHS de Zwaigenbaum et Al. souligne le lien entre une forte somatisation des adolescents et le risque de dépression majeure dans les quatre ans (risque relatif 2,81), risque d'attaque de panique (risque relatif 3,84), mais ne retrouve pas d'augmentation de risque d'abus ou de dépendance à une substance : drogue ou alcool (risque relatif 1, 29) [61].

Des études américaines rétrospectives auraient suggéré que les adultes avec des troubles anxieux ou des désordres de l'humeur, auraient plus fréquemment des antécédents de plaintes somatiques à l'adolescence [43, 61].

En conclusion, la continuité d'une souffrance psychique semble évoquée, mais l'évolution réelle à plus long terme nécessiterait un suivi sur de longues années et ces suivis prolongés font défaut.

VI.3.9. Un signe de dépression

Certains auteurs considèrent les plaintes fonctionnelles comme une forme d'expression de la dépression chez les adolescents.

Dans la présentation de ces adolescents souffrant de "symptômes flous", il est souvent retrouvé la notion d'un certain « vide intérieur » compatible avec un diagnostic d'état dépressif.

La dépression, la déprime ou la morosité sont certainement les signes de souffrance psychique les plus fréquents à l'adolescence [42]. Il en découle que des plaintes somatiques chroniques pourraient constituer des indicateurs de risque et un outil de dépistage pour les professionnels. Ces constatations incitent à être attentifs aux facteurs de stress psychologiques et psychosociaux dans l'histoire personnelle du jeune en souffrance [17].

Dans le collectif de Marianne Caflisch, sur 200 adolescents souffrant de plaintes fonctionnelles, plus de la moitié se disent « tristes » et un tiers avoue « souffrir d'idées suicidaires ». En fait, plus la prise en charge était motivée par une cause a priori d'ordre psychologique ou psychosocial, plus on retrouvait des "symptômes flous" associés [17].

D'après leur analyse, Campo et Fritch confirment l'hypothèse que les plaintes somatiques seraient un symptôme prédictif d'une dépression sous-jacente [61].

L'étude américaine prospective OCHS conclut que les adolescents hautement somatiques ont un risque accru de dépression majeure dans les quatre ans, avec un risque relatif de 2,81% [61]. Toutefois, il est difficile de savoir si la somatisation est simplement l'expression d'un problème émotionnel simultané ou si, réellement, elle précède d'autres symptômes plus typiques de dépression ou d'anxiété.

Il semble cependant que la réalisation d'études épidémiologiques concernant les enfants ou adolescents avec des plaintes somatiques soit nécessaire car la relation entre les présentations cliniques des adultes et des jeunes n'a jusqu'alors que pauvrement été explorée.

La dépressivité est un paramètre important à évaluer chez les jeunes. Dans l'enquête nationale de Marie Choquet et Sylvie Ledoux, l'échelle de Kandel sur les affects anxio-dépressifs a été retenue. Le score est calculé en faisant la somme des points pour chacun des items : troubles du sommeil, inquiétude, nervosité, manque d'énergie, sentiment dépressif, pessimisme quant à l'avenir. 39,8% ont un score nul ou faible sur l'échelle de

dépressivité, 31,6% totalisent un score de 5 à 7, 21,3% présentent des signes dépressifs et 7,3% ont une symptomatologie dépressive [22].

La relation entre symptomatologie dépressive et plaintes somatiques est très forte, puisque parmi les jeunes qui ont une note élevée (11-12) sur l'échelle de dépressivité de Kandel, 61% totalisent au moins trois troubles fonctionnels contre 6% pour ceux qui ont un score faible (0-4 points). Les pourcentages sont respectivement de 18% et 0,5% si on considère les sujets qui cumulent au moins cinq des sept plaintes fonctionnelles étudiées [22].

Parmi les adolescents suivis dans notre collectif, trois traitements antidépresseurs ont été instaurés dans un second temps, lors des consultations de suivi, devant l'évolutivité du tableau ; deux reçoivent de l'amitriptyline (LAROXYL®), autorisé par la conférence de consensus, un reçoit de la sertaline (ZOLOFT®).

S'il demeure incompris, l'adolescent peut-être en danger. La « crise d'adolescence » doit toujours être prise au sérieux. L'adolescent envoie ses signaux de détresse comme il le peut, souvent de manière paradoxale, incompréhensible au premier abord, et donc incomprise. Cela peut néanmoins conduire au suicide, l'une des premières causes de mortalité dans cette classe d'âge. Leur angoisse ne doit donc pas être banalisée [11].

Un champ de recherche reste donc à construire autour des intervenants de la santé mentale, non seulement pour étudier les pratiques professionnelles des spécialistes psychiatres, mais aussi pour analyser celles de tous les professionnels de santé (médecins généralistes, médecins scolaires, infirmières, kinésithérapeutes, etc.) qui, à un moment ou à un autre peuvent jouer un rôle décisif dans l'amélioration de la santé mentale des jeunes. Ces études restent à faire, même si elles semblent difficiles à mener et demandent une collaboration active des professionnels concernés. Elles permettraient probablement de mieux comprendre les consultants, leurs besoins et donc, à terme, aux praticiens d'être plus efficaces.

CONCLUSION

La prévalence des plaintes fonctionnelles est importante au moment de l'adolescence, concernant 5 à 10% des garçons et 10 à 15% des filles. La plainte somatique constitue en effet souvent le « ticket d'entrée » dans le système de soins. Le médecin généraliste, en tant que somaticien, reste le professionnel de santé le plus consulté par les jeunes. Parfois, l'importance du symptôme est telle qu'une hospitalisation est nécessaire.

Notre étude, rétrospective, analyse les observations de 20 adolescents hospitalisés dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, entre novembre 2004 et mars 2006, avec comme motif un "symptôme flou", c'est-à-dire une plainte somatique, sans pathologie organique retrouvée au terme du bilan.

Le faible nombre de patients inclus ne nous permet pas toujours de tirer des conclusions significatives, la littérature a donc étayé nos observations.

Notre échantillon comprend 11 filles et 9 garçons, avec une moyenne d'âges de 12,45 ans, âges s'échelonnant de 10 à 15 ans. Les études soulignent aussi cette différence de prévalence, avec des filles souvent plus sujettes aux plaintes.

En ce qui concerne le cadre socio-économique de ces adolescents : 80% ont des parents en couple contre 15% séparés ou divorcés et 5% un parent décédé. 85% suivent un enseignement général et 35% signalent des difficultés scolaires. La littérature souligne l'influence de certains facteurs tels la misère socio-économique, la désorganisation sociale et familiale, la pathologie mentale d'un parent, un climat conflictuel...

Les antécédents personnels interfèrent peu dans l'histoire des troubles ; il s'agit de pathologies intercurrentes mineures, et 70% des adolescents ne prennent aucun traitement. En revanche, les antécédents familiaux semblent plus déterminants : il est fréquent de retrouver des maladies somatiques dans l'entourage et d'observer une similitude entre le symptôme du jeune et la pathologie du proche. Ces données sont confirmées par plusieurs études.

Ces adolescents sont hospitalisés pour des plaintes diverses, recoupant les motifs décrits dans la littérature, mais avec une fréquence différente. Les plaintes concernant le système nerveux et locomoteur sont les plus représentées dans notre étude, mais sans différence significative ($p \approx 0,2$). Les jeunes hospitalisés n'ont, qu'un seul symptôme, ayant une durée d'évolution très variable (9,27 mois en moyenne). Dans 70% des cas, le jeune n'a jamais eu d'autre plainte. Le cumul des plaintes est plus rare, observé surtout en exercice libéral, et concerne davantage les jeunes filles.

Dans 90% des cas, le symptôme a déjà fait l'objet d'une évaluation, le plus souvent (78%) par le médecin généraliste. C'est en effet à lui, et ce de façon significative, que s'adressent en première intention les jeunes. 67% des patients ont effectué un premier bilan en ambulatoire et ont reçu une prescription médicamenteuse (antalgiques et/ou anxiolytiques) dans 56% des cas.

Les répercussions des ces symptômes sont toujours importantes, il importe de les évaluer. L'inquiétude familiale, les absentéismes scolaires, les bénéfices secondaires... modifient les activités normales et peuvent contribuer à la pérennisation des troubles. Dans 30% des cas un lien peut être établi avec un événement de vie « critique ». La littérature encourage à rechercher ces facteurs déclencheurs mais souligne aussi qu'il est parfois dangereux de s'en contenter.

La présentation du symptôme, le handicap engendré ou l'inquiétude familiale sont tels qu'une hospitalisation peut s'imposer.

Dans 80% des cas, cette hospitalisation se fait via le service des urgences pédiatriques. Elle permet une évaluation globale du jeune et une approche psychosomatique, avec une équipe pluridisciplinaire.

L'examen clinique est le plus souvent normal, cependant la nécessité d'écarter toute hypothèse organique, la pression exercée par l'entourage, la crainte de problèmes médico-légaux... conduisent souvent à une multiplication des examens complémentaires. Dans notre étude, ces investigations sont nombreuses, parfois très spécialisées, avec des résultats normaux.

Sur le plan thérapeutique, les prescriptions médicamenteuses sont loin d'être systématiques et concernent dans 60% des cas des antalgiques et ce de manière significative ($p < 0,025$). Un traitement psychotrope a été instauré dans 25% des cas ; la littérature souligne la place limitée des médicaments psychotropes en psychiatrie de l'enfant par rapport aux autres interventions thérapeutiques. En revanche, l'équipe nantaise a souvent recours à la kinésithérapie, notamment en ce qui concerne les plaintes du système locomoteur, avec des résultats satisfaisants. Parallèlement, dans le service, chaque adolescent hospitalisé pour un "symptôme flou" s'entretient avec un pédopsychiatre. Des éléments de stress, d'anxiété, d'inquiétude... sont souvent retrouvés. Il s'agit donc d'une approche globale, psychosomatique. L'acceptation du caractère fonctionnel n'est pas toujours aisée, il faut assurer le jeune de notre compréhension, ne pas le mettre en échec et lui faire prendre conscience des difficultés psychologiques véhiculées par sa plainte. Le partenariat avec la famille est aussi primordial.

La durée moyenne d'hospitalisation est de 11,1 +/- 6,6 jours, certains cumulant plusieurs hospitalisations pour la même plainte. L'évolution des symptômes est satisfaisante à la sortie avec une disparition (45%) ou une amélioration (50%) des signes.

Le jeune est, dans 90% des cas, revu en consultation, le plus souvent (44% des cas) conjointement par le pédiatre et le pédopsychiatre. Ce rendez-vous est fixé à la sortie, dans un délai moyen de 1,5 +/- 0,42 mois. Parfois le suivi pédopsychiatrique est poursuivi en ambulatoire, comme pour 25% de notre échantillon. Ce suivi doit les aider à mieux comprendre des liens existant entre leurs plaintes somatiques, leur souffrance psychique et leur histoire personnelle, afin d'éviter la chronicité de la symptomatologie. Ces plaintes fonctionnelles sont considérées comme un facteur de risque pour le développement d'une maladie psychosomatique, d'une dépression. La prise en charge de ces troubles va nécessiter du temps.

Même s'il est impossible d'extrapoler ces résultats à l'ensemble de la population adolescente, à travers l'observation de ces 20 jeunes hospitalisés, nous avons tenté de mettre au jour les différentes difficultés rencontrées tant au niveau diagnostique que thérapeutique face à ces "plaintes floues" et suggérer quelques pistes de prise en charge. Il n'existe cependant pas de réponse univoque. Des études de plus grande envergure concernant les plaintes somatiques chez les enfants et adolescents (épidémiologie, prise en charge, traitement, enjeux) s'avèrent nécessaires.

On conçoit ainsi la somatisation comme étant un mode relationnel ; elle représente une façon particulière pour l'adolescent d'entrer en relation avec l'entourage. Le rôle que l'on peut attribuer aux "symptômes flous" serait alors plus proche d'un mode de communication que d'une réelle atteinte à la santé. Les problèmes somatiques sont souvent liés aux inquiétudes corporelles ou bien encore à des somatisations de l'angoisse.

Face à ces adolescents et à leurs parents, les médecins doivent tout faire pour obtenir une diminution des symptômes et le retour à un état de santé satisfaisant, mais ils savent aussi

que l'étiologie de ces troubles n'est pas évidente, que leurs mécanismes sont mal connus et que la plupart des traitements pharmacologiques resteront inefficaces. Il est donc essentiel de bien connaître la clinique de ces présentations afin d'en établir, avant toute chose, un diagnostic précis [6]. L'adolescent souffrant de "symptômes flous" a besoin de notre soutien pour réussir à mettre des mots à la place des maux.

La reconnaissance de l'impact majeur et de l'importance des troubles à expression somatique sur le système de soins devraient permettre une meilleure évaluation, compréhension et prise en charge. Cela passe par le développement d'un modèle bio-psycho-social. Pour certains auteurs, ces plaintes sont considérées comme facteur de risque pour le développement de maladies psychosomatiques, de troubles anxieux, de dépressions, de difficultés relationnelles. Les médecins, généralistes et spécialistes, ont donc une place importante dans la prise en charge de ces jeunes, ils doivent être sensibilisés aux enjeux de l'adolescence.

Les plaintes fonctionnelles à l'adolescence, sont à l'image d'un volcan en éruption. Marianne Caflisch souligne qu'il faut comprendre les différents symptômes fonctionnels comme l'expression d'un mal-être plus profond en le comparant à « un volcan en éruption, dont l'explosion est le signe visible d'un bouillonnement interne. Telle la coulée de lave, qui est un processus lent et fascinant », les plaintes fonctionnelles vont nécessiter du temps pour être comprises. Il faudra essayer de traduire ensemble le langage parlé par le corps. Et « comme dans le phénomène volcanique, notre approche consiste en une observation attentive d'une coulée de lave, qu'il est parfois judicieux de canaliser pour éviter les catastrophes » [18].

ANNEXES

4) PEC

Traitement médicamenteux : O/N

Type

Efficacité

Kinésithérapie : O/N

Type

Efficacité

Entretiens pédopsy. : O/N

Stress psychologiques ou psychosociaux dans l'histoire perso :

Idées suicidaires :

Durée d'hospitalisation :

A la sortie : ☐ Disparition des symptômes

☐ Amélioration des symptômes

☐ Absence d'évolution

Consultation à distance programmée : O/N Délai_

5) SUIVI ULTERIEUR

Consultations ultérieures pour la même plainte : ☐ Pédiatre ☐ MG

☐ Psychiatre ☐ Cs conjointe

Evolution des symptômes : ☐ Disparition complète ☐ Amélioration mais persistance

☐ Absence d'évolution ☐ Aggravation

☐ Nouveau symptôme

Eclaircissement étiologique :

F44 Troubles dissociatifs [de conversion]

- G1. Absence d'un trouble somatique qui pourrait rendre compte des symptômes caractérisant le trouble (des troubles somatiques peuvent toutefois être présents et donner lieu à d'autres symptômes).
- G2. Présence d'éléments en faveur d'une relation temporelle manifeste entre le début des symptômes et des événements stressants, des problèmes ou des besoins.

F44.0 Amnésie dissociative

- A. Répond aux critères généraux d'un trouble dissociatif (F44).
- B. Amnésie, partielle ou complète, concernant des événements ou des problèmes récents qui ont été ou qui continuent à être traumatiques ou stressants.
- C. L'amnésie est trop marquée et trop persistante pour être expliquée par une simple « mauvaise mémoire » (mais sa profondeur et son étendue peuvent varier entre deux évaluations), ou par une simulation intentionnelle.

F44.1 Fugue dissociative

- A. Répond aux critères généraux d'un trouble dissociatif (F44).
- B. Départ inattendu, mais par ailleurs normalement organisé, du domicile, du lieu de travail habituel, ou d'un autre centre d'activité sociale habituel, au cours duquel le sujet continue, en grande partie, à prendre soin de sa personne.
- C. Amnésie, partielle ou complète, concernant le « voyage », répondant au critère C d'une amnésie dissociative (F44.0).

F44.2 Stupeur dissociative

- A. Répond aux critères généraux d'un trouble dissociatif (F44).
- B. Diminution très marquée ou absence de mouvements volontaires et de langage, et de réactivité normale à la lumière, au bruit et au toucher.
- C. La posture, la respiration et le tonus musculaire restent normaux (de même que, souvent, la coordination des mouvements oculaires).

F44.3 États de transe et de possession

- A. Répond aux critères généraux d'un trouble dissociatif (F44).
- B. Soit (1) soit (2) :
 - (1) *État de transe* : altération transitoire de l'état de conscience, comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :
 - (a) perte du sens de son identité propre ;
 - (b) rétrécissement du champ de perception de l'environnement proche, ou fixation anormalement sélective et focalisée sur des stimuli de l'environnement ;
 - (c) limitation des mouvements, des attitudes posturales et du langage à quelques manifestations répétitives.
 - (2) *État de possession* : le sujet est convaincu qu'il a été envahi par un esprit, une puissance, une divinité, ou une autre personne.
- C. Les manifestations (1) et (2) du critère B sont subies involontairement par le sujet et elles le gênent : elles surviennent par ailleurs sans relation avec des états similaires pouvant se manifester dans des situations religieuses ou culturelles acceptées, ou bien elles constituent une exagération de ces dernières.
- D. *Critères d'exclusion les plus couramment utilisés*. Le trouble ne survient pas dans le cadre d'une schizophrénie ou d'un trouble apparenté (F20-F29), ou d'un trouble de l'humeur [affectif] avec hallucinations ou idées délirantes (F30-F39).

F44.4 Troubles moteurs dissociatifs

- A. Répond aux critères généraux d'un trouble dissociatif (F44).
- B. Soit (1) soit (2) :
 - (1) perte totale ou partielle de la capacité de faire des mouvements qui sont normalement sous le contrôle de la volonté (y compris la parole) ;
 - (2) incoordination, ataxie, ou incapacité à se tenir debout sans être aidé, de nature et de degré variables.

F44.5 Convulsions dissociatives

- A. Répond aux critères d'un trouble dissociatif (F44).
- B. Mouvements spasmodiques brusques et inattendus, ressemblant étroitement à une forme clinique quelconque d'épilepsie, mais non accompagnés d'une perte de connaissance.
- C. Les manifestations du critère B ne sont pas accompagnées d'une morsure de la langue, d'hématomes ou de blessures dus à des chutes, ou d'une perte des urines.

F44.6 Anesthésie dissociative et atteintes sensorielles

- A. Répond aux critères généraux d'un trouble dissociatif (F44).
- B. Soit (1) soit (2) :
 - (1) perte partielle ou complète d'une ou de toutes les sensibilités cutanées d'une partie ou de la totalité du corps (préciser : tactile, douloureuse, thermique, vibratoire) ;
 - (2) perte partielle ou complète de la vision, de l'audition ou de l'olfaction (préciser).

F44.7 Troubles dissociatifs [de conversion] mixtes**F44.8 Autres troubles dissociatifs [de conversion]**

Ce code résiduel peut être utilisé pour classer des états dissociatifs et de conversion répondant aux critères A et B de F44, mais ne répondant pas par ailleurs aux critères de l'un des troubles cités sous F44.0-F44.7.

F44.80 Syndrome de Ganser
(réponses à côté)**F44.81 Personnalité multiple**

- A. Existence, chez le même individu, de deux ou plusieurs personnalités distinctes, l'une d'entre elles seulement se manifestant à un moment donné.
- B. Chaque personnalité a ses propres souvenirs, préférences, et comportements, et prend, à un moment de l'évolution du trouble (et de façon répétitive), le contrôle total du comportement du sujet.
- C. Incapacité à se rappeler les informations personnelles importantes, trop marquée pour être expliquée par une simple « mauvaise mémoire ».
- D. Non dû à un trouble mental organique (F00-F09) (par exemple une épilepsie), ou à un trouble lié à l'utilisation d'une substance psycho-active (F10-F19) (par exemple une intoxication ou un syndrome de sevrage).

F44.82 Troubles dissociatifs [de conversion] transitoires survenant dans l'enfance ou dans l'adolescence

F44.88 Autres troubles dissociatifs [de conversion] spécifiés

On ne propose pas de critères spécifiques de recherche pour ces autres états dissociatifs, rares et mal définis. Les chercheurs souhaitant les étudier de façon plus approfondie sont invités à définir leurs propres critères en fonction des objectifs poursuivis dans leur étude.

F44.9 Troubles dissociatifs [de conversion], sans précision**F45** Troubles somatoformes**F45.0** Somatisation

A. Antécédents de plaintes somatiques multiples et variables, pendant au moins deux ans, ne pouvant être expliquées par un trouble somatique identifiable. (Quand il existe un trouble somatique, celui-ci ne permet pas de rendre compte de la sévérité, de l'étendue, de la multiplicité et de la persistance des plaintes somatiques, ou du handicap social associé.) Quand il existe des symptômes manifestement dus à une hyperactivité neurovégétative, ces symptômes ne sont pas assez persistants ou gênants pour constituer une caractéristique essentielle du tableau clinique.

B. Les symptômes sont à l'origine d'un sentiment persistant de détresse et amènent le sujet à demander des consultations et des investigations répétées (au moins trois) auprès de médecins généralistes ou de spécialistes. Quand le sujet ne peut pas, pour des raisons financières ou d'éloignement, consulter un médecin, il recourt constamment à une automédication ou à des visites répétées chez des guérisseurs locaux.

C. Refus persistant d'accepter les conclusions des médecins concernant l'absence de toute cause organique pouvant rendre compte des symptômes somatiques, sauf pendant de courtes périodes (pouvant être de quelques semaines) pendant ou immédiatement après une investigation médicale.

D. Présence d'au moins six symptômes parmi ceux de la liste ci-dessous, appartenant à au moins deux groupes différents :

Symptômes gastro-intestinaux

- (1) douleur abdominale;
- (2) nausées;
- (3) ballonnements (gaz);
- (4) mauvais goût dans la bouche, ou langue trop chargée;
- (5) plaintes concernant des vomissements ou des régurgitations d'aliments;
- (6) plaintes concernant la présence fréquente de selles molles ou de pertes rectales liquides;

Symptômes cardio-vasculaires

- (7) respiration courte en l'absence d'effort physique;
- (8) douleurs thoraciques;

Symptômes génito-urinaires

- (9) dysurie ou plaintes concernant des mictions fréquentes;
- (10) sensations désagréables dans ou autour des organes génitaux;
- (11) plaintes concernant des pertes vaginales inhabituelles ou abondantes;

Symptômes cutanés et douloureux

- (12) plaintes concernant des taches cutanées ou une décoloration de la peau;
- (13) douleurs dans les membres, les extrémités ou les articulations;
- (14) engourdissements désagréables ou démangeaisons.

E. *Critères d'exclusion les plus couramment utilisés.* Le trouble ne survient pas uniquement dans le cadre d'une schizophrénie ou d'un trouble apparenté (F20-F29), d'un trouble de l'humeur [affectif] (F30-F39), ou d'un trouble panique (F41.0).

F45.1 Trouble somatoforme indifférencié

- A. Répond aux critères A, C et E d'une somatisation (F45.0), sauf en ce qui concerne la durée : le trouble doit persister au moins 6 mois.
- B. Ne répond que partiellement aux critères B ou/et D d'une somatisation (F45.0).

F45.2 Trouble hypocondriaque

- A. Soit (1) soit (2) :
 - (1) croyance, persistant au moins six mois, d'être atteint d'une ou au plus de deux maladies somatiques sérieuses (dont l'une au moins doit être désignée spécifiquement par le patient);
 - (2) préoccupation persistante concernant un défaut ou une disgrâce physique supposée (dysmorphophobie).
- B. La croyance et les symptômes sont à l'origine d'un sentiment persistant de détresse ou interfèrent avec le fonctionnement dans la vie quotidienne, et amènent le patient à demander un traitement médical ou des investigations (ou une aide similaire auprès de guérisseurs locaux).
- C. Refus persistant d'accepter les conclusions des médecins concernant l'absence d'une cause organique pouvant rendre compte des symptômes somatiques ou de l'anomalie physique, sauf pendant de courtes périodes (pouvant être de quelques semaines) pendant ou immédiatement après une investigation médicale.

- D. *Critères d'exclusion les plus couramment utilisés.* Ne survient pas exclusivement dans le cadre d'une schizophrénie ou d'un trouble apparenté (F20-F29), en particulier un trouble délirant persistant (F22), ou d'un trouble de l'humeur [affectif] (F30-F39).

F45.3 Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme

- A. Présence de symptômes traduisant une hyperactivité neurovégétative, attribués par le patient à un trouble somatique concernant l'un ou plusieurs des systèmes ou organes suivants :
- (1) cœur et système cardio-vasculaire;
 - (2) œsophage et estomac;
 - (3) intestins;
 - (4) système respiratoire;
 - (5) système uro-génital.

- B. Présence d'au moins deux des symptômes neurovégétatifs suivants :

- (1) palpitations;
- (2) sueurs (chaudes ou froides);
- (3) sécheresse de la bouche;
- (4) bouffées de chaleur ou accès de rougeurs;
- (5) gêne épigastrique ou estomac qui se « tord » ou se « noue ».

- C. Présence de l'un au moins des symptômes suivants :

- (1) douleurs thoraciques ou gêne autour de la région précordiale;
- (2) dyspnée ou hyperventilation;
- (3) fatigabilité excessive après des efforts physiques mineurs;
- (4) aérophagie, hoquet, ou sensations de brûlure dans la poitrine ou la région épigastrique;
- (5) selles fréquentes (d'après le sujet);
- (6) mictions fréquentes ou dysurie;
- (7) sensations de gonflement, de ballonnement, ou de lourdeur.

- D. Absence d'arguments en faveur d'une perturbation organique ou fonctionnelle des organes ou systèmes qui préoccupent le patient.

- E. *Critères d'exclusion les plus couramment utilisés.* Ne survient pas exclusivement dans le cadre d'un trouble phobique (F40.0-F40.3) ou d'un trouble panique (F41.0).

On peut utiliser le cinquième caractère du code pour préciser l'organe ou le système que le patient considère comme étant à l'origine des symptômes, et pour identifier ainsi des troubles individuels :

F45.30 Cœur et système cardio-vasculaire

Inclure : névrose cardiaque, asthénie neuro-circulatoire, syndrome de Da Costa.

F45.31 Œsophage et estomac

Inclure : aérophagie psychogène, hoquet psychogène, névrose gastrique.

F45.32 Système intestinal

Inclure : colon irritable, diarrhée psychogène, ballonnement psychogène.

F45.33 Système respiratoire

Inclure : hyperventilation.

F45.34 Système uro-génital

Inclure : augmentation psychogène de la fréquence des mictions ou dysurie psychogène.

F45.38 Autre organe ou système

F45.4 Syndrome douloureux somatoforme persistant

- A. Douleur persistante (pendant au moins six mois, en permanence et presque tous les jours), intense, et s'accompagnant d'un sentiment de détresse, n'importe où dans le corps, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, et qui constitue en permanence la préoccupation essentielle du patient.

- B. *Critères d'exclusion les plus couramment utilisés.* Le trouble ne survient pas dans le cadre d'une schizophrénie ou d'un trouble apparenté (F20-F29), d'un trouble de l'humeur [affectif] (F30-F39), d'une somatisation (F45.0), d'un trouble somatoforme indifférencié (F45.1), ou d'un trouble hypochondriaque (F45.2).

F45.8 Autres troubles somatoformes

Dans ces troubles, les plaintes concernent des manifestations qui ne sont pas médicées par le système neurovégétatif et qui se rapportent à des systèmes ou à des parties du corps spécifiques, par exemple à la peau; ils se différencient ainsi de la somatisation (F45.0) et du trouble somatoforme indifférencié (F45.1), dans lesquels l'origine des symptômes et des sentiments de détresse est attribuée à des systèmes ou parties du corps multiples et variables. Il n'existe pas d'atteinte lésionnelle.

On doit également classer ici tout autre trouble des sensations non classé ailleurs, non dû à un trouble physique, survenant en étroite relation temporelle avec des événements ou des problèmes stressants, ou conduisant à une prise en charge accrue par l'entourage ou les médecins.

F45.9 Trouble somatoforme, sans précision

ANNEXE 6 : Tableau comparatif des modes d'expression de la dépression chez l'enfant et l'adolescent ANNEXE 5 : DSM-IV Définition de l'épisode dépressif caractérisé en comparaison avec l'adulte, selon l'APA et l'AACAP

BIBLIOGRAPHIE

ème édition, Paris, 1980

Modes d'expression de la dépression chez l'enfant et l'adolescent en comparaison avec l'adulte	
(Traduction française du tableau extrait des recommandations établies par l'American Psychiatric Association (APA) et l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) 2005 [6].)	
Symptômes d'un épisode dépressif caractérisé selon le DSM-IV	Modes d'expression de la dépression chez l'enfant et l'adolescent
1 • Humeur dépressive pratiquement toute la journée	Humeur irritabile ou révérencante. Préoccupations morbides envahissantes – par exemple par des paroles de chansons nihilistes.
2 • Diminution de l'intérêt / plaisir dans ses activités	Perte d'intérêt dans le sport, les jeux vidéo, et les activités entre amis
3 • Perte ou gain de poids significatif	Retard dans la courbe de poids, anorexie ou boulimie, plaintes physiques fréquentes (maux de tête, maux d'estomac...)
4 • Insomnie ou hypersomnie	Regarde la TV excessivement tard dans la nuit. Refus de se lever le matin pour aller à l'école
5 • Agitation ou ralentissement psychomoteur	Menaces ou tentatives de fugue
6 • Fatigue ou perte d'énergie	Ennui persistant
7 • Sentiments de dévalorisation ou de culpabilité	Comportement d'opposition et/ou négatif
8 • Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision	Mauvais résultats scolaires, absences fréquentes
9 • Idées ou comportement suicidaires récurrents	Idées ou comportement suicidaires récurrents

NB : Il est conseillé de tenir compte d'éventuelles différences culturelles dans l'utilisation de cet outil.

traduction française par GUELF J.D.

EDITIONS MASSON, PARIS, 2002

- 13- BRACONNIER A., CHILAND C., CHOQUET M., POMAREDE R.
Adolescentes, adolescents : Psychopathologie différentielle
Collection Païdos/Adolescence, Editions Bayard/Fondation de France, Paris, 1995
- 14- BRACONNIER A., MARCELLI D.
L'adolescence aux mille visages
Odile Jacob, Paris, 1998
- 15- BRUGMAN S.M., NEWMAN K.
Vocal cord dysfunction
Medical/Scientific Update, National Jewish Center for Immunology and Respiratory
Medicine, 1993 ; 11: 1-5
- 16- CAFLISCH M.
Ce que nous apprennent Stéphanie, Julien et Mélanie. Quelle place donner à la
médecine pour adolescents ?
Méd Hyg, 1998 ; 56 : 335-6
- 17- CAFLISCH M.
Les plaintes fonctionnelles à l'adolescence
Archives de pédiatrie, décembre 2005 : 811-3
- 18- CAFLISCH M.
Les plaintes fonctionnelles à l'adolescence : L'image d'un volcan en éruption
Med Hyg 2000 ; 58 : 373-6
- 19- CAFLISCH M., ALVIN P.
L'adolescent face à son corps. In: MICHAUD PA., ALVIN P., et al :La santé des
adolescents : approches, soins, prévention
Co-Editions Payot (Lausanne)- Doin (Paris), Les Presses de l'Université de Montréal,
1997
- 20- CAFLISCH M., DE GUILLENCHMIDT C., ALVIN P.
Les symptômes flous à l'adolescence
Annales de pédiatrie, Paris, 1998 ; 45, n°5 : 295-302
- 21- CAFLISCH M., VEYA C.
Ce qu'ils nous disent et ce que nous aimerions savoir
Conférence de Fribourg, 7-9 mars 2002
- 22- CHOQUET M., LEDOUX S.
Adolescents. Enquête nationale
Inserm, La documentation Française, Paris, 1994
- 23- COURTECUISSÉ V.
L'adolescence, les années métamorphose
Stock/Laurence Pernoud, Paris, 1992
- 24- COURTECUISSÉ V.
L'adolescent malade, ce qu'il faut savoir
Armand Colin, Paris, 2005
- 25- COURTECUISSÉ V.
Les symptômes flous en médecine d'adolescent ou les ombres portées des langages
Pédiatrie et psychanalyse, Editions P.A.U., 1993.
- 26- CRAIG T.K.J., DRAKE H., MILLS K., BOARDMAN P.

- The South London Somatisation Study: Influence of stressful life events, and secondary gain
British Journal of Psychiatry, 1994 ; 165: 248-58
- 27- CYRULNIK B.
Les vilains petits canards
Odile Jacob, Paris, 2001
 - 28- CYRULNIK B.
Un merveilleux malheur
Odile Jacob, Paris, 1996
 - 29- DELAROCHE P.
Psychanalyse de l'adolescent
Armand Colin, Paris, 2005
 - 30- Dossier La santé des jeunes
Actualité et dossier en santé publique, n°10, mars 1995
 - 31- ESCANDE M.
L'hystérie aujourd'hui, de la clinique à la psychothérapie
Masson, Paris, 1996
 - 32- ESSAU C.A., CONRADT J, PETERMANN F.
Prevalence, comorbidity and psychosocial impairment of somatoform disorders in adolescents
Psychology, health & medicine, 1999 ; vol.4, n° 2: 169-80
 - 33- FAURE G., et al.
La loi du 4 mars 2002 : Continuité ou nouveauté en droit médical ?
Collection CEPRISCA, Editions PUF, Amiens, 2003 : 101-10
 - 34- FEDERATION FRANCAISE DE PSYCHIATRIE
Les Troubles Dépressifs chez l'Enfant : Reconnaître, Soigner, Prévenir, Devenir
Conférence de consensus, texte long, 14 et 15 décembre 1995
 - 35- FINNEY J.W., LEMANEK K.L., CATALDO M.F., KATZ H.P., FUQUA R.W.
Pediatric psychology in primary health care: Brief targeted therapy for recurrent abdominal pain
Behaviour Therapy, 1989 ; 20 : 283-91
 - 36- FRITZ G., FRITSCH S., HAGINO O.
Somatoform disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years
J. AM. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, October 1997; 36 : 10
 - 37- GARRALDA E.
Assessment and management of somatisation in childhood and adolescence: A practical perspective
J.Child Psychol.Psychiat, Cambridge University Press, 1999 ; Vol. 40, n°8 : 1159-67
 - 38- HOUZEL D., EMMANUELLI M., MOGGIO F.
Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent
PUF, Paris, 2000
 - 39- JACOBI B.

Plainte et adolescence
Adolescence, Paris, 1999 ; n° 33 : 133-43

- 40- JACQUET Y.
Adolescents difficiles, entre autorités et soins : Le corps a la parole, du soucis partagé aux soins adaptés
Actes de la 5^{ème} journée Médecine et Santé de l'Adolescent, Angers, 13 décembre 2003
- 41- JEAMMET P.
Adolescences : Repères pour les parents et les professionnels
La Découverte, Paris, 2004
- 42- JEAMMET P.
L'adolescence
Solar, Paris, 2002
- 43- JOSE SILBER T., PAO M
Somatization Disorders in children and adolescents
Pediatrics in Review, August 2003 ; Vol.24, n°8 : 255-61
- 44- LARSSON B.
Behavioural treatment of somatic disorders in children and adolescents
European Child and Adolescent Psychiatry, 1992 ; 1: 68-81
- 45- LEBOVICI S.
L'hystérie chez l'enfant et l'adolescent
Confrontations psychiatriques, 1985 ; n°25 : 99-119
- 46- MANNE S.L., REDD W.H., JACOBSEN P.B., GORFINKLE K.
Behavioural intervention to reduce child and parent distress during venipuncture
J Consult Clin Psychol, 1990 ; 58 : 567-72
- 47- MARCELLI D.
Enfance et psychopathologie
Masson, 5^{ème} édition, Paris, 1996
- 48- MAUREL H.
Actualités de l'hypochondrie, Comptes-rendus du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française
Masson, Paris, 1975
- 49- MAZET P., HOUZEL D.
Les troubles psychosomatiques, In : Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Maloine, Paris, 1993
- 50- MILLE C.
Conversion somatique ; In FERRARI P. : Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Flammarion, Paris, 1993
- 51- MISES R., FORTINEAU J., JEAMMET Ph., et al.
Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent
Psychiatrie de l'enfant, 1988 ; XXXI, 1 : 67-134
- 52- MISES R., QUEMEDA N., BOTBOL M., et al.

Une nouvelle édition de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent : la CFTMEA R-2000
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, Editions scientifiques et médicales Elsevier, 2002 ; vol. 50, n° 1 : 1-24

- 53- NASTORG G., WINOCK A., ZUSSLIN D., et coll.
Enquête sur le nouveau protocole des examens de santé des jeunes âgés entre 16 et 25 ans
MSA, Paris, 2000
- 54- OMS
CIM 10 (Classification internationale des Maladies, 10^e édition) ; Ch V : Troubles mentaux et troubles du comportement, Critères diagnostiques pour la recherche
Masson, Paris, 1994
- 55- PEDESPAN J.M.
Plaintes floues de l'adolescent et affections neurologiques
Archives de pédiatrie 12, 2005, 808-10
- 56- SANDERS M.R., SHEPHERD R.W., CLEGHORN G., WOODFORD H.
Treatment of recurrent abdominal pain in children: A controlled comparison of cognitive behavioural family intervention and standard paediatric care
Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1994 ; 62 : 306-14
- 57- SWEETING H., WEST P.
Sex differences in health at ages 11, 13 and 15
Social Science and Medicine, 2003 ; 56 : 31-9
- 58- THEVENOT J.P.
Les équivalences avec la CIM-10 dans la CFTMEA 2000
Ann Méd Psychol 2002 ; 160 : 224-6
- 59- VILLAIN E.
Peut-on mourir de malaise ?
Archives de pédiatrie 12, 2005 : 805-7
- 60- WEBSTER, FRANZCP, FRACP
Psychological problems manifested by somatic symptoms
Adolescent medicine: State of the Art Reviews ; Vol. 9, n°2, June 1998
- 61- ZWAIGENBAUM, SZATMARI, BOYLE, OFFORD
Highly Somatizing Young Adolescents and the Risk of Depression
Pediatrics, 1999 ; 103 : 1203-9

TITRE DE THESE

**« LES PLAINTES FLOUES DES ADOLESCENTS »
PRISE EN CHARGE DE PLAINTES SOMATIQUES NON ORGANIQUES A PARTIR
D'OBSERVATIONS RECUEILLIES EN HOSPITALISATION PEDIATRIQUE**

RESUME

Un motif fréquent de consultations des adolescents auprès des professionnels de santé est la plainte fonctionnelle : « un ressenti physique suggérant une maladie somatique, mais sans pathologie organique démontrée ».

Notre étude rétrospective analyse les observations de 20 adolescents, hospitalisés dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, pour un « symptôme flou ». Cette étude souligne l'importance et la difficulté parfois d'exclure une étiologie organique devant ces symptômes et donc la nécessité d'une approche globale psychosomatique. En effet, ces plaintes renvoient souvent à des difficultés psychologiques ou psychosociales et constituent un langage codé pour traduire un mal-être beaucoup plus général, qu'il importe de dépister et de prendre en charge. Le corps devient un moyen d'expression.

Il n'existe probablement pas de réponse univoque, mais notre étude, appuyée de données de la littérature, a voulu proposer quelques orientations thérapeutiques.

MOTS-CLES

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| - Adolescents | - Approche psychosomatique |
| - Plaintes fonctionnelles | - Service de pédiatrie du |
| - Troubles somatoformes | CHU de Nantes |