

Douleur des troubles somatoformes chez l'enfant et l'adolescent : définitions, prise en charge et difficultés

Dr Élise Tordjman, Dr Lisa Ouss-Ryngaert

Pédopsychiatres, service de pédopsychiatrie, hôpital Necker – Enfants malades, Paris

Définition

Les troubles somatoformes regroupent un ensemble de pathologies définies par un trait commun : celui de la présence de symptômes physiques faisant évoquer une affection médicale générale, mais dont la cause supposée est psychologique. C'est au sein de cette catégorie du DSM-IV-TR que l'on retrouve le trouble somatisation (trouble polysymptomatique associant douleurs, symptômes gastro-intestinaux, sexuels et pseudo-neurologiques), le trouble somatoforme indifférencié, le trouble de conversion et le trouble douloureux [1]. La douleur est souvent centrale : elle fait partie intégrante de trois de ces troubles, et est souvent associée aux troubles de conversion.

Lorsqu'on évoque des facteurs psychologiques pour ces troubles, ceux-ci sont suspectés jouer un rôle dans le déclenchement, l'aggravation ou la persistance des symptômes somatiques observés et/ou dont le patient se plaint.

On parle souvent de pathologies fonctionnelles possédant une définition plus générale, à savoir la présence de symptômes physiques faisant évoquer des troubles somatiques, sans qu'aucune anomalie ne soit décelée, ni qu'aucun mécanisme physiopathologique ne soit reconnu [2].

Les critères diagnostiques à considérer pour les troubles somatoformes sont :

- la présence de symptômes physiques faisant évoquer des troubles somatiques sans qu'aucune anomalie organique ne puisse être décelée, ni aucun mécanisme physiopathologique reconnu ;
- l'absence d'affection médicale générale ou d'un trouble mental pouvant rendre compte de ces troubles ;
- la différenciation d'avec des troubles psychologiques secondaires à une pathologie organique ;
- l'impossibilité de rendre compte ni de la nature ni de la détresse ni des préoccupations du sujet lorsqu'il existe un trouble physique authentique ;
- l'exclusion des manifestations psychosomatiques présentant des lésions et une physiopathologie propre ;
- l'exclusion des troubles factices ;
- le caractère souvent multiple, variable, récurrent, fluctuant des plaintes et symptômes physiques, entraînant des répercussions sur le fonctionnement habituel, faisant l'objet d'examen complémentaires répétés, parfois invasifs se révélant toujours négatifs, avec des traitements médicamenteux entrepris sans résultat significatif.

Formes cliniques

Les tableaux cliniques que l'on rencontre le plus fréquemment durant l'enfance et l'adolescence sont : le trouble somatoforme indifférencié, le trouble douloureux et le trouble de conversion.

Le trouble somatoforme indifférencié est un trouble somatisation *a minima* qui regroupe une ou plusieurs plaintes somatiques persistantes, pendant au moins 6 mois, avec un tableau moins typique et moins complet. Le trouble douloureux est caractérisé par une douleur intense, persistante dans une ou plusieurs localisations anatomiques, évoluant sur un mode aigu, itératif ou chronique. Le trouble de conversion rassemble un ou plusieurs symptômes ou déficits touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensibles ou sensorielles sans systématisation anatomique ni atteinte organique sous-jacente. Ces trois troubles ont en commun d'être à l'origine d'une altération du fonctionnement habituel de ces enfants, de s'accompagner de façon variable d'une souffrance psychologique (essentiellement pour le trouble douloureux) et de survenir dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psychosociaux, pouvant engendrer des bénéfices secondaires. Le trouble douloureux apparaît comme un mode d'expression courant durant l'enfance et l'adolescence, où « avoir mal » devient une façon d'être.

Prévalence

Les troubles somatoformes chez l'enfant sont d'actualité, quelle que soit la pratique des médecins, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers, pratiquant dans des services d'urgences, d'hospitalisation ou de consultation.

Le taux de prévalence des troubles à expression somatique chez l'enfant est difficile à évaluer, du fait de la variabilité en fonction de l'âge et du développement, des classifications internationales non spécifiques de l'enfant et de l'adolescent, du caractère fluctuant de ces symptômes, du manque d'harmonisation des pratiques dans la reconnaissance, le diagnostic et la prise en charge de ces troubles en fonction de la spécialisation du praticien qui est consulté, de ses connaissances propres, de son expérience et des contre-attitudes qu'il peut développer face à ces enfants, en face desquels l'impuissance et la frustration sont souvent présentes.

Ainsi, des études englobant les troubles fonctionnels chez l'enfant et l'adolescent retrouvent que 50 % d'un échantillon de patients âgés de 3 à 12 ans rapportent la présence d'au moins un symptôme dans les 2 semaines précédentes [3], ou 20 % pour des enfants âgés de 3 à 5 ans [4]. La prévalence de plaintes somatiques semble augmenter avec l'âge, soit 13 % de 2 à 6 ans, 17 % de 7 à 12 ans, 23 % de 13 à 17 ans [5].

Si l'on s'intéresse plus spécifiquement aux symptômes dont les jeunes patients de 3 à 12 ans se plaignent, les plus fréquents sont les céphalées, les douleurs abdominales, les douleurs musculaires ou articulaires et la fatigue [3]. Ces symptômes occasionnent des altérations fonctionnelles sur le plan scolaire, social, relationnel, familial ou des activités quotidiennes.

Facteurs de risque

Les facteurs de risque des troubles somatoformes chez l'enfant regroupent la présence d'une dysfonction physiologique mineure et la contribution de facteurs familiaux comme des antécédents parentaux somatiques et/ou psychiatriques, des comportements renforçateurs de l'entourage par préoccupation excessive. Certaines notions sont plus discutées, comme l'existence d'un milieu socio-économique défavorisé, l'éducation parentale et des dysfonctionnements familiaux.

Comorbidités

À l'adolescence, la plainte et les symptômes apparaissent rarement isolés et s'accompagnent souvent de troubles anxieux ou dépressifs, voire plus rarement d'un trouble délirant schizophrénique débutant par des préoccupations corporelles. On retrouve également l'état de stress post-traumatique, les abus de substances, les troubles du comportement alimentaire ou les troubles du comportement. Ces comorbidités sont à considérer avec attention car elles nécessitent une prise en charge spécifique.

Il est à garder à l'esprit que le diagnostic posé de trouble somatoforme peut être évolutif, voire remis en question, puisqu'il arrive qu'une authentique maladie organique puisse venir émailler le cours évolutif d'un trouble somatisation.

Pronostic

Le pronostic des troubles somatoformes est intimement lié à certains facteurs comme la précocité du diagnostic, le jeune âge du patient, la présence de facteurs de stress aisément identifiables voire modifiables, la collaboration étroite entre les pédiatres et les pédopsychiatres (importance du réseau de soins) et la coopération de l'enfant et de la famille autour des soins proposés. Les facteurs de mauvais pronostic rassemblent les présentations polysymptomatiques, la chronicité des symptômes, la présence de comorbidités (psychiatriques ou organiques), un dysfonctionnement familial important et une faible capacité d'*insight* du jeune patient.

L'*insight* est un moment cognitif spécifique permettant une résolution par le passage d'une configuration perceptive à une seconde configuration plus satisfaisante, mentalisée, capable de remédier aux tensions inhérentes à la configuration antérieure. En psychanalyse, l'*insight* est un moment privilégié de prise de conscience où l'on passe d'un niveau non organisé à un processus organisé qui permet de penser à propos de soi-même. L'*insight* est un facteur de progrès indéniable dans l'évolution du trouble.

Hypothèses physiopathologiques

Les hypothèses concernant les processus sous-jacents aux troubles somatoformes sont encore mal connues. Sur le plan psychopathologique, il semble s'agir d'un dysfonctionnement conjoncturel, par effondrement d'un équilibre psychique sous l'influence de facteurs développementaux ou familiaux et/ou sur un terrain de fragilité psychique antérieure. Il s'agirait d'une angoisse qui passerait dans le corps lui-même, sans pouvoir être bloquée efficacement par les défenses propres à l'enfant, encore immatures. De façon générale, ces troubles font référence à un processus inconscient qui consiste à exprimer des difficultés affectives ou morales sous un masque somatique, qui peut revêtir toutes les formes de troubles fonctionnels. Les sujets ont alors tendance à conceptualiser ou à communiquer des états ou des contenus psychologiques sous la forme de sensations corporelles, de changements corporels ou de métaphores somatiques.

Il s'agirait d'un processus dynamique, possédant des significations diverses en fonction du moment d'apparition (puberté par exemple) et du degré d'organisation psychique de l'enfant (névrotique la plupart du temps, mais sans pouvoir présager d'une structure plus spécifique). Selon les hypothèses psychanalytiques, la théorisation freudienne évoquait le mécanisme du refoulement, permettant de maintenir des représentations gênantes en dehors de la conscience. S. Freud mettait l'accent sur la nature sexuelle de ces représentations, à savoir des expériences de séduction vécues ou fantasmées dans l'enfance, qui ne deviendraient traumatiques que dans

l'après-coup de la puberté, qui leur conférerait une signification sexuelle [6].

Les notions de bénéfices primaires et secondaires sont ici importantes. Il s'agit de mécanismes inconscients, le bénéfice primaire faisant référence à l'évacuation de l'angoisse sans exprimer le souci central sous-jacent, avec un soulagement obtenu par la « conversion » d'une souffrance en symptôme physique. Les bénéfices secondaires sont des bénéfices extérieurs au symptôme, préconscients, permettant de se soustraire à certaines responsabilités non désirées ou d'obtenir l'attention, la sollicitude et l'aide de l'entourage. Les bénéfices secondaires sont très présents chez l'enfant, souvent pointés du doigt comme facteur entretenant les symptômes, mais il est à rappeler que même s'ils y paraissent moins évidents ou moins stigmatisés, ils sont retrouvés au cours de la majorité des pathologies somatiques.

D'autres hypothèses ont été développées chez l'adulte, dans les conversions, notamment sur le plan neurobiologique. Des études récentes en imagerie fonctionnelle [7-11] ont proposé qu'il existe une hypoactivité des zones motrices ou sensorielles concernées corticales ou sous-corticales, sous l'influence de zones cérébrales inhibitrices (zones préfrontales), activées comme dans le stress. Il y aurait ainsi un blocage sélectif des informations sensorimotrices, sous l'effet de processus de contrôle au niveau du thalamus ou de mécanismes attentionnels orchestrés par le cortex cingulaire antérieur ou le cortex pariétal [8, 12, 13]. Le cortex cingulaire antérieur se situe à l'interface des émotions et de l'action, mais joue aussi un rôle prépondérant dans la détection d'erreur et la résolution de conflits cognitifs ou affectifs [14]. D'autres auteurs ont évoqué un trouble dans la programmation du mouvement dans le cadre des troubles moteurs d'origine conversive [9, 10, 15]. Cependant, les mécanismes sous-jacents, les causes des troubles de conversion restent encore à être clarifiés.

Il semble important de pouvoir proposer un cadre étiopathogénique qui prenne en considération tant les données neurobiologiques qu'environnementales et psychiques. Les troubles somatoformes seraient ainsi un excellent paradigme d'exploration des liens entre fonctionnement cérébral, physique et psychique.

Conduites à tenir

Sur le plan diagnostique

Même si la règle reste d'éliminer une cause organique avant d'évoquer une éventuelle cause psychique, le diagnostic des troubles somatoformes repose sur des signes positifs et pas seulement sur l'exclusion d'une pathologie organique. L'implication d'un pédopsychiatre ou d'un psychologue est par conséquent d'une aide précieuse. La demande des pédiatres est alors celle d'un avis, d'une évaluation et d'une orientation lorsqu'ils suspectent la nature fonctionnelle des plaintes, lorsque celles-ci persistent ou qu'il apparaît difficile d'établir un diagnostic précis pour diverses raisons (nomadisme médical, multiplicité des avis demandés, examens complémentaires revenus sans particularité, inefficacité des thérapeutiques prescrites, attitudes des enfants et/ou des parents face aux symptômes...). L'investigation du pédopsychiatre ou du psychologue est destinée à faire la part des facteurs psychologiques conscients ou inconscients afin d'établir un diagnostic dynamique qui pourra donner lieu à une prise en charge spécifique.

En pratique, ces éléments sont souvent difficiles à mettre en place du fait de la discontinuité entre les praticiens somaticiens et les psychiatres. En effet, les jeunes patients ont tendance à être rejetés par les somaticiens car ils n'ont rien d'organique, et ne parviennent jamais jusqu'au psychiatre, du fait de l'absence de demande spécifique d'ordre psychologique et d'une réticence à consulter un pédopsychiatre en raison de l'aura péjorative émanant de cette pratique, ce qui constitue un frein

majeur pour la mise en place d'une prise en charge adaptée.

Du côté des pédiatres, la peur de manquer un diagnostic avec les conséquences médico-légales et judiciaires que cela entraîne augmente souvent le délai diagnostique des troubles somatoformes. Cette angoisse peut amener à des surinvestigations, à la médicalisation du trouble et à un retard de prise en charge adéquate.

L'hospitalisation dans un service de pédiatrie est parfois demandée. Celle-ci, même si elle peut paraître inutile du point de vue diagnostique, a une fonction de prise de distance, et est utile pour remettre en route des soins adaptés et cohérents, en permettant de proposer un accompagnement psychologique ou pédopsychiatrique alors mieux accepté.

Sur le plan de la prise en charge

La prise en charge des troubles somatoformes reste la spécificité des psychiatres et psychologues en lien et en relais de la prise en charge pédiatrique. Le pédopsychiatre a ainsi un rôle de dépistage et de diagnostic du trouble fonctionnel, et de repérage de facteurs psychologiques sous-jacents. Au cours de l'investigation, il a essentiellement un rôle de décodage, de lecture et de traduction des symptômes, permettant d'apporter un éclairage différent, d'articuler autrement le rapport du sujet à son corps (ainsi que le rapport des parents au corps de l'enfant) et d'analyser certaines attitudes génératrices du symptôme tout en faisant une place au sujet. Ces interventions sont souvent minutieuses et prolongées, permettant de porter un diagnostic qui est cependant toujours posé avec prudence, et sans mettre fin à toute surveillance somatique ultérieure.

Le pédopsychiatre de liaison, lorsqu'il est appelé à intervenir dans les services de pédiatrie pour ce type d'évaluation, permet d'apporter des soins psychiques, de proposer des mesures d'accompagnement tant à l'enfant qu'à sa famille, d'amener chacun à ne pas se laisser étouffer par la souffrance du corps, de ménager les contre-attitudes des équipes médicales, et enfin d'amener l'enfant à ne pas se laisser aller au désespoir, à l'excès d'angoisse ou à la tyrannie.

La prise en charge proposée est adaptée à chaque situation et à chaque enfant, parfois difficile à mettre en place à l'hôpital, qui est un lieu de soin du corps, et quand les parents ne sont pas demandeurs ou sont dans le refus d'une rencontre avec le pédopsychiatre. Il s'agit justement de leur autoriser l'expression et la verbalisation d'angoisses ainsi que d'écouter leur lecture personnelle de l'histoire des symptômes. Un travail pédagogique sur la nature des troubles et leur expression est souvent utile. Il est très important de respecter le symptôme somatique, notamment la douleur de l'enfant, et le traiter (antalgiques, kinésithérapie, etc.).

L'alliance entre le pédiatre et le pédopsychiatre apparaît donc comme primordiale, marquée par une estime mutuelle et une bienveillance réciproque, d'autant plus que cette cohésion est repérée par les familles. Au contraire, un clivage entre les soignants entraîne incompréhension, ambivalence et méfiance des patients et surtout de leurs parents. De plus, les conditions d'accueil mutuel de l'enfant et du pédopsychiatre dépendent directement du discours et de la position du pédiatre en amont. Il est ainsi nécessaire à l'heure actuelle de réaliser un travail d'éclairage et de compréhension auprès des équipes de soins qui participe du travail de liaison.

Un autre mode de prise en charge est la consultation conjointe particulièrement utile, acceptée, voire appréciée des patients et de leurs parents. Elle est effectuée par deux médecins ayant deux points de vue spécialisés différents mais complémentaires, ce qui permet de rendre rapidement lisible l'articulation nécessaire des approches.

Du côté des somaticiens, les difficultés retrouvées au contact des enfants présentant un trouble somatoforme sont la peur de manquer un diagnostic somatique avec les conséquences que cela

entraîne (pronostic vital, morbidités, peur de plaintes ou de poursuites), le manque de collaboration avec une équipe de pédopsychiatrie et le manque de temps.

Il apparaît alors important d'apporter un soutien aux équipes de pédiatrie permettant aux soignants de chercher à comprendre plutôt que de chercher à savoir, de tolérer l'impuissance et la frustration nées de la rencontre avec ces patients, en acceptant ses propres limites, ce qui permet une écoute active et un respect du symptôme. Les supervisions peuvent être d'une aide précieuse pour apporter du recul face aux situations rencontrées.

Références

- [1] American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e révision, texte révisé, DSM IV-TR*. Paris : Masson ; 2004.
- [2] Duverger P. Somatoformes (troubles). In : Houzel D, Emmanuelli M, Moggio F. *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : PUF ; 2000. p. 705-706.
- [3] Garber J, Walker L, Zeman J. Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents : Further validation of the Children's Somatization Inventory. *Psychological Assessment* 1991 ; 3 : 588-95.
- [4] Domenech-Llaberia E, Jane C, Canals J *et al*. Parental reports of somatic symptoms in preschool children : Prevalence and associations in a Spanish sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004 ; 43,598-604.
- [5] Berntsson LT, Kohler L. Long-term illness and psychosomatic complaints in children aged 2-17 years in the five Nordic countries : Comparison between 1984 and 1996. *Eur J Public Health* 2001 ; 11 : 35-42.
- [6] Freud S, Breuer J (1895). *Études sur l'hystérie*. Trad. A. Berman. Paris : PUF ; 1956.
- [7] Vuilleumier P, Chicherio C, Assal F *et al*. Functional neuroanatomical correlates of hysterical sensorimotor loss. *Brain* 2001 ; 124 (Pt 6) : 1077-90.
- [8] Vuilleumier P. Hysterical conversion and brain function. *Prog Brain Res* 2005 ; 150 : 309-29.
- [9] de Lange FP, Roelofs K, Toni I. Increased self-monitoring during imagined movements in conversion paralysis. *Neuropsychologia* 2007 ; 45 (9) : 2051-8.
- [10] de Lange FP, Roelofs K, Toni I. Motor imagery : a window into the mechanisms and alterations of the motor system. *Cortex* 2008 ; 44 (5) : 494-506.
- [11] de Lange FP, Toni I, Roelofs K. Altered connectivity between prefrontal and sensorimotor cortex in conversion paralysis. *Neuropsychologia* 2010 ; 48 (6) : 1782-8.
- [12] Vuilleumier P. The neurophysiology of self-awareness disorders in conversion hysteria. In : Tononi SLG. *The neurology of Consciousness*. Elsevier Ltd ; 2009. p. 282-302.
- [13] Marshall JC, Halligan PW, Fink GR *et al*. The functional anatomy of a hysterical paralysis. *Cognition* 1997 ; 64 (1) : B1-8.
- [14] Saj A. Les troubles de conversion et les neurosciences cognitives. *Rev Neuropsychol* 2011 ; 3 (3) : 189-93.
- [15] Burgmer M, Konrad C, Jansen A *et al*. Abnormal brain activation during movement observation in patients with conversion paralysis. *Neuroimage* 2006 ; 29 (4) : 1336-43.