

L'enfant qui somatise

2

par Johanne Boivin et Geneviève Tellier

Évelyne a 10 ans, et sa mère consulte pour la troisième fois en un mois pour différentes plaintes physiques. Elle s'inquiète, car sa fille est souffrante, et aucun médecin consulté ne semble comprendre. « Docteur ! Qu'allez-vous faire pour aider ma fille ? »

L'INVESTIGATION d'un symptôme somatique pour lequel on soupçonne une étiologie psychogénique représente un défi pour le médecin. Une des grandes difficultés se situe au niveau de l'investigation physique, le médecin étant partagé entre la crainte de passer à côté d'une pathologie physique et la réticence à surinvestiguer un symptôme pour lequel il soupçonne fortement une origine psychologique¹. Une investigation trop exhaustive peut avoir des conséquences parfois difficiles à rattraper par la suite. Elle contribue à augmenter l'inquiétude de l'enfant et de ses parents et favorise la régression de l'enfant à l'intérieur d'un rôle de malade. Cette difficulté, dans certains cas, peut empêcher le médecin, pourtant bien intentionné, de procéder à une évaluation des facteurs psychologiques qui pourraient contribuer au problème. Il faut se rappeler que, même si la majorité des enfants qui consultent pour un symptôme physique sans étiologie ne présentent pas de trouble psychiatrique spécifique², il demeure que les enfants avec un diagnostic de trouble anxieux se présentent fréquemment d'abord chez le médecin avec un symptôme somatique (*encadré 1*).

Évaluation d'un symptôme de somatisation

Donc, depuis un mois, Évelyne a été examinée par trois médecins différents. Tout d'abord, elle se plaignait de cé-

Les D^{es} Johanne Boivin et Geneviève Tellier, psychiatres, exercent au service de consultation-liaison de l'Hôpital Sainte-Justine, à Montréal.

ENCADRÉ 1

Investigation : pièges à éviter

- Éviter les consultations sans rendez-vous ; favoriser la prise en charge par le même médecin.
- Le symptôme physique peut être associé à une maladie organique, à un trouble psychiatrique ou à une impasse dans le développement. Il faut éviter de compartimenter l'investigation, c'est-à-dire de ne démarrer l'investigation sur le plan psychologique que lorsque l'investigation physique est terminée. C'est la clé du succès.
- L'enfant et sa famille doivent être persuadés que vous les prenez au sérieux. Il ne faut pas essayer de les rassurer par de faux arguments ni, pis encore, leur dire : « Ça se passe dans la tête ».

phalées, puis d'un mal de ventre, auxquels s'ajoute aujourd'hui une perte d'appétit. La mère, de plus en plus inquiète, vous demande si elle ne devrait pas se rendre à l'urgence. Évelyne, une adorable fillette, semble peu concernée et laisse souvent sa mère répondre à sa place. Tout en explorant différents symptômes, vous vous dites que vous aimeriez bien connaître cette petite fille.

Il ne faudrait commencer l'évaluation des facteurs psychologiques pouvant contribuer à l'étiologie d'une symptomatologie physique qu'une fois que l'enfant et ses parents auront bien compris le but d'une telle évaluation. Trop souvent, l'absence d'explications claires génère une méfiance pouvant empêcher la poursuite de l'évaluation. La peur

Le symptôme physique peut être associé à une maladie organique, à un trouble psychiatrique ou à une impasse dans le développement. Il faut éviter de compartimenter l'investigation, c'est-à-dire ne démarrer l'investigation sur le plan psychologique que lorsque l'investigation physique est terminée. C'est la clé du succès.

d'être jugé ou d'être perçu comme un manipulateur (« J'ai vraiment mal, mais vous ne me croyez pas ! ») ou comme un fou (« Ce n'est pas dans ma tête, je ne suis pas fou ! ») est une réaction très fréquente chez les enfants. Chez les parents, la crainte de « passer à côté » d'une étiologie physique est fréquente, et le médecin, qui partage souvent la même crainte, se trouve dans une position difficile. De plus, les parents craignent aussi, souvent, d'être jugés responsables de la symptomatologie de l'enfant (« Il n'est pas battu, vous savez ! »). Des explications claires et simples, avant de commencer l'évaluation, sont donc essentielles. Voici un exemple d'explications qu'on peut donner à un enfant d'environ huit ans, en présence des parents, chez lequel l'investigation d'une douleur abdominale incapacitante s'est révélée négative : « Tu es venu me voir parce que tu as mal au ventre. Je t'ai bien examiné, et tous tes tests sont normaux. C'est une bonne nouvelle, tu n'as pas de maladie, mais je sais que tu as vraiment mal. Je me demande s'il y a quelque chose, dans ta vie, qui te dérange et qui pourrait expliquer tes douleurs. Crois-tu qu'une telle chose soit possible ? » Si l'enfant, en raison de son âge, ne comprend pas le rôle possible des facteurs psychologiques dans une symptomatologie physique, on peut lui donner comme exemple les céphalées de tension, puisque la plupart des enfants ont déjà été en contact avec un adulte ayant présenté un tel symptôme.

La forme que prendra l'entretien du médecin avec l'enfant et ses parents, dans ce cas, se démarque probablement de celui d'un « style plus directif », qui vise à rechercher les symptômes précis d'une pathologie physique. Au niveau de la technique d'entrevue, le médecin posera davantage des questions ouvertes, afin de créer un climat de confiance qui lui permettra de mieux connaître cet enfant. L'empathie, la rigueur et le temps qu'on y passe sont les clés du succès. Pendant que le médecin reconstruit l'histoire de cet enfant, il tentera de saisir l'importance des facteurs prédisposants, précipitants et perpétuants.

Le médecin ne doit pas se laisser désarçonner dans un premier temps par l'absence apparente de facteurs psychologiques qui auraient pu contribuer aux symptômes physiques. Les parents comme l'enfant restent méfiants, et au-

raient tendance à minimiser les difficultés ou les vulnérabilités. Il faut se donner du temps pour établir un lien de confiance.

La somatisation, qui est différente du trouble de somatisation du DSM-IV (critères précis et nombreux), est très fréquente chez les enfants. On peut même dire qu'elle est normale. Qui n'a jamais exagéré l'ampleur de ses symptômes afin de se faire « chouchouter » pendant quelques jours ? La somatisation devient pathologique lorsqu'elle altère le fonctionnement de l'enfant dans différentes sphères de sa vie et qu'elle perdure au-delà de quelques jours. Chez l'enfant, la somatisation peut être comprise comme une façon de communiquer ses craintes. Le plus souvent, elle apparaît au moment d'une impasse développementale. Le symptôme physique remplace l'expression des émotions ou des peurs.

Facteurs prédisposants (tempérament)

Au début de l'entrevue, il est très utile de faire l'évaluation du fonctionnement de base de l'enfant. En effet, une telle évaluation ne risque pas de mettre les parents sur la défensive et intéressera vivement l'enfant. Très souvent, elle permet de mettre en évidence les forces de l'enfant (un enfant intelligent, qui réussit bien à l'école, par exemple) mais, également, ses points de vulnérabilité (une difficulté à prendre ses distances par rapport à sa famille ou à faire face aux enjeux de l'adolescence, par exemple).

En posant une simple question comme « Voulez-vous me décrire votre enfant ? », nous pourrions explorer son tempérament, son fonctionnement, ses forces et ses points de vulnérabilité. Cette question peut nous ouvrir des pistes qui se confirmeront ou non, par la suite, au cours de l'évaluation.

Facteurs précipitants (stresseurs)

Il s'agit d'obtenir des informations sur les événements précédant l'apparition du symptôme. Vous aurez souvent intérêt à ne pas les interroger spécifiquement sur les événements qui pourraient expliquer la symptomatologie puisque ni l'enfant ni ses parents ne sont toujours

Il ne faudrait commencer l'évaluation des facteurs psychologiques pouvant contribuer à l'étiologie d'une symptomatologie physique qu'une fois que l'enfant et ses parents auront bien compris le but d'une telle évaluation.

conscients du lien qui les unit. Il est préférable de leur demander de parler de la période entourant l'apparition du symptôme. L'histoire racontée pourra alors apporter des clés précieuses pour reconstituer, dans un deuxième temps, la genèse du symptôme. Très fréquemment, on retrouve une symptomatologie bénigne d'origine physique, qui marque le point de départ d'une régression dont l'enfant a besoin.

Facteurs perpétuants (attitude des parents)

Les facteurs perpétuants n'expliquent pas la genèse du symptôme; ils nous éclairent plutôt sur les raisons pour lesquelles le symptôme se maintient dans le temps. Il s'agit, en fait, des « bénéfiques secondaires ». Le symptôme somatique représente souvent le droit à la régression. Certains parents acceptent que l'enfant n'aille pas à l'école ou qu'il dorme dans leur lit. Ils acceptent parfois aussi de prendre l'entière responsabilité du symptôme, c'est-à-dire qu'ils cherchent avec beaucoup d'ardeur une solution au problème. Tout l'art du médecin sera de convaincre un père ou une mère d'en faire moins !

Tout en parlant avec la mère d'Évelyne, vous apprenez que cette petite fille a toujours craint la séparation. Elle préfère rester à la maison ou inviter des amis et décline toutes les invitations à passer la nuit ailleurs. De plus, la mère vous dit qu'Évelyne est exigeante envers elle-même, et elle se demande constamment si ses parents sont fiers d'elle. Elle a commencé à faire de la gymnastique très régulièrement, et une compétition doit avoir lieu dans deux semaines. Elle vous dira qu'elle ne pourra pas y participer à cause de son mal de ventre. Elle vous semble peu déçue. Êtes-vous déjà sur une piste ? Les symptômes physiques représentent-ils pour elle, inconsciemment, une façon d'éviter une situation stressante ? Elle a manqué l'école depuis trois semaines, mais durant le jour, à la maison, avec sa maman qui, elle, a quitté son travail, elle a réussi à prendre de l'avance dans ses travaux. Cependant, aussitôt qu'on aborde le retour à l'école, la douleur redevient insupportable.

Les parents commencent à vous suivre pendant qu'on explore les différentes pistes et qu'on constate des incongruités. Ils vont désormais travailler avec vous dans le but d'aider Évelyne (*encadré 2*).

Traitement d'un symptôme de somatisation sans pathologie psychiatrique associée

Explications

Vous consacrez du temps à cette famille, et le lien avec

ENCADRÉ 2

Pistes à explorer

- **Tempérament de l'enfant (Décrivez-moi votre enfant. Est-il inquiet face à des changements ? Comment réagit-il face à la colère ?, etc.)**
- **Stresseurs récents**
 - Famille (séparation, maladie bénigne, naissance, déménagement, etc.)
 - École (changement, exigences accrues, difficultés scolaires, etc.)
 - Étape du développement (entrée à la maternelle, début de l'adolescence)
 - Maladies récentes ou décès dans la famille.
- **Attitude des parents**
 - Comment les parents réagissent-ils lorsque l'enfant est malade ? Absentéisme scolaire ?
 - Les parents dorment-ils avec l'enfant ?
 - Est-ce que l'enfant trouve des bénéfiques dans sa maladie ? (décharge de certaines tâches, massage, visite médicale, etc.)

les parents est maintenant bien établi. L'explication que vous avez trouvée est satisfaisante autant pour vous que pour les parents. Le temps que vous avez pris peut vous paraître important, mais si cela permet d'éviter des tests de plus en plus invasifs, les consultations chez différents spécialistes et un absentéisme scolaire qui se prolongerait, vous pouvez dire que ce temps a été très bien investi³.

Une anamnèse détaillée, l'examen physique et les résultats des différents examens vous ont permis d'éliminer une cause organique. Il ne faut pas absolument essayer de convaincre l'enfant ou l'adolescent. Certains éprouvent de la difficulté à reconnaître le lien qui existe entre le symptôme et les événements stressants. Ce qui est important, c'est qu'ils acceptent les recommandations de traitement.

En tout premier lieu, l'enfant ou l'adolescent et sa famille ont besoin d'explications sur le rôle ou sur l'absence de rôle qu'une étiologie organique peut jouer dans la symptomatologie. Très souvent, on retrouve une étiologie mineure qui n'explique pas l'ensemble de la symptomatologie. Par exemple, une gastro-entérite banale qui se prolonge par des douleurs abdominales durant trois mois.

Cette partie du traitement, pourtant simple, est probablement la partie la plus importante du suivi et, malheu-

reusement, celle qui est souvent négligée ou oubliée. Si le médecin parvient à donner à la symptomatologie un sens qui est accepté par le parent et l'enfant, le pronostic devient excellent.

Intervention auprès des parents

Il s'agit souvent de la première étape du suivi, immédiatement après les explications. Les parents doivent être les alliés du médecin lors de l'application des mesures de traitement. Si aucune intervention n'est décidée pour diminuer ou pour couper les « bénéfices secondaires » du symptôme, l'expérience nous montre que ce dernier se maintient souvent longtemps. Le retour à l'école est fréquemment la première étape et la plus difficile. Lorsque le médecin recommande le retour en classe, l'enfant réagit souvent avec beaucoup d'émotion ; il pleure et, fréquemment, il s'y oppose. Les parents devront donc se montrer très fermes et, bien sûr, ils devront être persuadés de l'absence d'une pathologie physique. Il s'agit aussi de diminuer les interventions des parents au niveau du symptôme, tout en favorisant des rapprochements, selon l'âge de l'enfant, en dehors du symptôme. Il s'agit d'une étape difficile, qui nécessite l'établissement d'un lien de confiance avec les parents, qui ne doivent pas se sentir jugés ni tenus responsables, mais plutôt considérés comme des alliés, prêts à participer au traitement. Un changement dans les attitudes parentales face au symptôme provoque souvent des sentiments d'abandon et d'agressivité chez l'enfant ou chez l'adolescent : « Tu ne m'aimes plus, tu t'en fous ! ». Pour maintenir un tel changement d'attitude face au symptôme, les parents auront besoin d'être soutenus.

Contact avec l'école

Comme l'école est le milieu de vie de l'enfant et que votre objectif est, entre autres, le retour en classe le plus rapidement possible, le médecin ou un membre de son équipe devra communiquer avec l'enseignant, pour que son intervention se fasse dans le même sens. Dans la ma-

jorité des cas, les professionnels de l'école sont contents de recevoir des explications et des recommandations car, depuis quelque temps, le comportement de cet enfant les dépassait probablement.

Le retour à l'école peut prendre des allures dramatiques. Il faut donc que les parents, l'école et le médecin en soient conscients. Par ailleurs, s'ils adoptent tous la même attitude, cette étape très difficile devrait être de courte durée, l'enfant réalisant qu'il ne pourra plus éviter le retour en classe.

Suivi psychothérapeutique individuel

Il peut arriver que l'enfant ait besoin d'un soutien individuel pour l'aider à surmonter une difficulté passagère. On devra alors déterminer le point central de l'intervention (une difficulté à s'intégrer sur le plan social, par exemple) et permettre à l'enfant de participer à des rencontres individuelles².

Psychopharmacologie

Étant donné l'absence de pathologie psychiatrique associée, la psychopharmacologie n'est pas indiquée.

Autres mesures

Il s'agit d'un suivi spécifique de problèmes spécifiques. Par exemple, une thérapie familiale visant à résoudre des difficultés qui influencent directement le symptôme.

DANS LE CAS D'ENFANTS qui consultent fréquemment pour des symptômes physiques, le médecin généraliste doit tenir compte des points suivants :

- Il faut être sensibilisé au fait que les stressseurs psychosociaux et les symptômes physiques sont souvent interdépendants. Il faut donc opter pour une approche biopsychosociale plutôt que biomédicale. La somatisation en est un bel exemple.
- Lorsque l'enfant est souvent amené en consultation pour des symptômes physiques inexpliqués, il faut considérer l'évaluation comme un processus qui nécessitera plusieurs

Il ne faut pas absolument essayer de convaincre l'enfant ou l'adolescent. Certains éprouvent de la difficulté à reconnaître le lien qui existe entre le symptôme et les événements stressants. Ce qui est important, c'est qu'ils acceptent les recommandations de traitement.

Si le médecin parvient à donner un sens à la symptomatologie qui est accepté par le parent et l'enfant, le pronostic devient excellent.



par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

S U M M A R Y

Somatization in pediatric primary care. Somatization can be defined as a physical complaint without an underlying organic aetiology.

It needs to be emphasized that rarely is somatization associated with a psychiatric illness. Rather, somatization commonly results from a developmental impasse in a child that leads to regressive behaviour.

Management is based on identifying the developmental difficulty, psycho-education of parents and child, and elimination of regression quickly to prevent chronicity.

Key words: somatization disorder, psychogenic pain disorder, children, anxiety.

rencontres. L'établissement d'une relation de confiance est primordial.

● Il faut rechercher les facteurs qui peuvent avoir déclenché le symptôme, mais ne pas oublier les facteurs qui le maintiennent, comme l'anxiété des parents ou les gains ou « bénéfices secondaires » pour l'enfant.

● L'investigation physique du symptôme est essentielle, si l'on veut s'assurer de la collaboration des parents. Le défi est de pouvoir bien doser cette investigation pour offrir le traitement approprié.

● Le médecin généraliste pourrait également avoir besoin d'un éclairage psychiatrique, par exemple, si une pathologie anxieuse est la cause du symptôme, et s'il ressent le besoin de recommandations pharmacologiques pour le traitement. Parfois, également, la complexité des relations, les stressés et les limites des parents vous amèneront à orienter cette famille vers des équipes pédopsychiatriques. ❧

Date de réception : 29 avril 2003.

Date d'acceptation : 12 juin 2003.

Mots clés : Somatisation, douleur psychogène, enfants, anxiété.

Bibliographie

1. Jellinek MS, Herzog DB. *Psychiatric aspects of general hospital pediatrics*, chap. Psychosomatic Disorder. Chicago : Medical Publisher Inc. ; 1990. p. 202.
2. Garralda ME. Practitioner Review: Assessment and management of somatisation in childhood and adolescence: A practical perspective. *J Child Psychol Psychiatry* 1999 ; 40 (8) : 1159-67.
3. Fritz GK, et al. Somatoform Disorders in Children and Adolescents: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* octobre 1999 ; 36 : 10.

Épargne et investissement

Régime enregistré d'épargne-retraite (REER)

Compte de retraite immobilisé (CRI)

Fonds enregistré de revenu de retraite (FERR)

Fonds de revenu viager (FRV)

Régime enregistré d'épargne-études (REEE)

Fonds d'investissement

Fonds FMOQ : (514) 868-2081 ou 1 888 542-8597

Programmes d'assurances

Assurances de personnes

Assurances automobile et habitation

Assurances de bureau

Assurance-médicaments et assurance-maladie complémentaires

Assurances frais de voyage et annulation

Dale-Parizeau LM : (514) 282-1112 ou 1 877 807-3756

Pro-Fusion « auto »

Achat – vente

Voitures neuves ou usagées

Location

Financement d'auto

Pro-Fusion : (514) 745-3500 ou 1 800 361-3500

Téléphone cellulaire et téléavertisseur

Bell Mobilité Cellulaire (514) 946-2884 ou 1 800 992-2847

Carte Affinité – Master Card Or Banque MBNA

Service à la clientèle : 1 800 870-3675

M^{me} Renée Carter : (514) 390-2159

Tarifs corporatifs des hôtels pour les membres de la FMOQ

FMOQ : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499

Direction des affaires professionnelles

D' Michel Desrosiers, directeur

FMOQ : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499

Autres services

Assurance-responsabilité professionnelle