

Mises au point interactives – Troubles fonctionnels



D. COHEN
Sorbonne-Université,
CNRS UMR 7222
"Institut des Systèmes
Intelligents et
Robotiques",
Service de Psychiatrie
de l'enfant et de
l'adolescent, APHP
GHU Pitié-Salpêtrière,
PARIS.

Troubles fonctionnels de l'enfant : la vision du pédopsychiatre

Les troubles fonctionnels sont une problématique fréquente en pédiatrie, et nécessitent une vision interdisciplinaire large et la prise en compte des besoins d'un enfant en termes de développement, pour s'assurer de sa bonne santé mentale. Les conditions et composantes d'une bonne santé mentale chez l'enfant sont d'abord un équipement personnel non altéré, à savoir l'absence de lésion néonatale par exemple, mais également de recevoir une réponse à ses besoins fondamentaux.

Le développement d'une bonne santé mentale implique :

- le déploiement d'une capacité à aimer, ce qui veut dire de reconnaître l'enfant comme un être relationnel au tout début de la vie ou dès le début de la vie;
- l'acquisition d'une confiance de base qui, dans la littérature, a pris toute une série de noms différents mais qui tourne autour du même concept (attachement sécure, narcissisme bien développé, bonne estime de soi, sécurité intérieure);
- une capacité à affirmer une agressivité tenant compte du droit d'autrui à une vie digne. Cette dernière composante vient rendre compte du fait que l'agressivité est une aptitude adaptative que l'évolution a sélectionnée pour la survie, mais que l'humain a appris, grâce au développement de la culture et des fonctions exécutives inhibitrices, à contrôler au cours de son développement. C'est un enjeu

majeur pour la socialisation des enfants en particulier [1].

Une autre manière de présenter les besoins fondamentaux de l'enfant a été résumée dans l'excellent rapport coordonné par notre collègue pédiatre le Dr Martin-Blachais en 2017 [2]. Le rapport individualise sous forme de cartes dynamiques les besoins fondamentaux universels de l'enfant, qui sont présentés dans la **figure 1**. On notera au centre des besoins individuels qui recouvrent la question de la santé physiologique, de la protection, de l'affectif et du relationnel pour concourir à cette sécurité intérieure ou confiance de base. Elle indique également les besoins d'interaction avec le monde, qui concernent les expériences et les explorations nouvelles, les cadres et les limites, le besoin d'identité et de valorisation de soi.

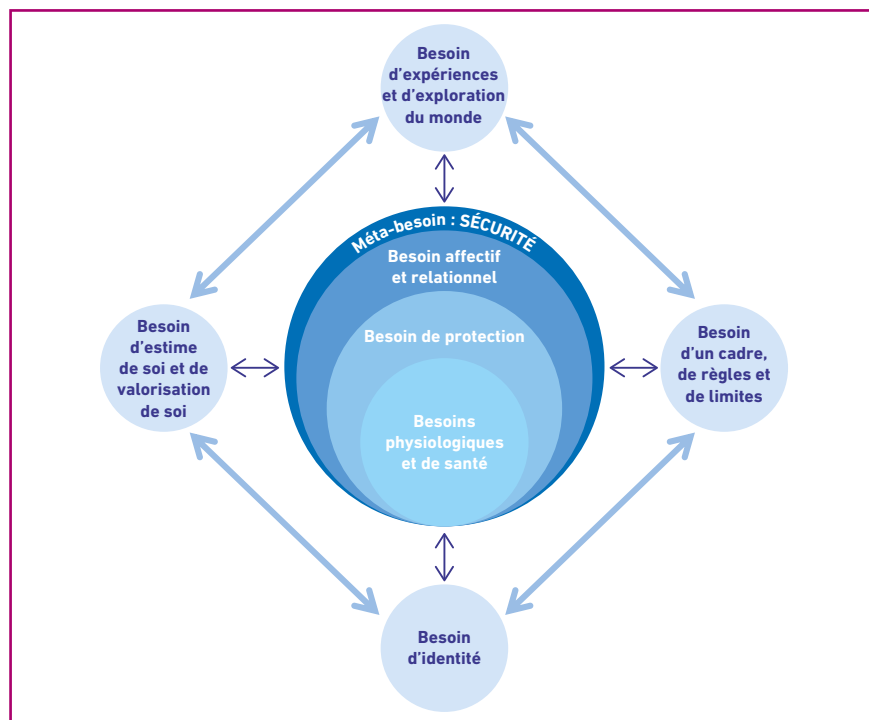


Fig. 1 : Les besoins fondamentaux de l'enfant (d'après [2]).

Que recouvre le terme fonctionnel ?

Quand on aborde du point de vue du psychiatre les pathologies dites fonctionnelles, l'une des difficultés concerne la définition même du terme fonctionnel. On trouve plusieurs écueils dans la littérature concernant cette question.

Le premier écueil concerne la polysémie des termes psychosomatique, somatoforme et somatisation. En effet, ces termes renvoient tout autant à des réactions, à des pathologies organiques, à des aggravations de pathologies organiques pour raison psychiatrique, à des phénomènes de conversion, de simulation ou simplement de plainte somatique.

Le deuxième écueil concerne la polysémie du terme fonctionnel qui, en psy-

chopathologie, peut être utilisé pour évoquer une origine psychologique ou psychogène. Il peut aussi être utilisé dans le cadre d'analyses dimensionnelles au plan clinique, on parle alors de diagnostic fonctionnel. Enfin, il peut être utilisé pour la valence communicationnelle qu'il indique. Dans ce dernier cas, on le verra utilisé en analyse systémique dans les familles, par exemple, ou en analyse comportementale dans les analyses fonctionnelles des comportements déviants chez un certain nombre d'enfants. Je laisse de côté d'autres concepts qui font partie de ce questionnement, moins utilisés aujourd'hui, comme celui des pathologies secondaires, des pathologies adaptatives, voire du concept dit de méiopragie d'appel.

Le DSM-5 (5^e édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*) – la classification la plus utilisée aujourd'hui – a simplifié en élargissant la catégorie des troubles à la symptomatologie somatique et apparentée, sans aucune vision développementale et sans aucune référence à l'enfant. Il retient 5 types de troubles : les troubles à symptomatologie somatique, les craintes excessives d'avoir une maladie, les troubles de conversion, les facteurs psychologiques influençant d'autres affections médicales et enfin le trouble factice (ou anciennement syndrome de Münchhausen).

Un raisonnement clinique commun quelle que soit la spécialité d'organe

L'une des grandes difficultés concernant les pathologies fonctionnelles réside justement dans leur expression et leur compréhension même. Souvent, les plans sont intriqués en termes de compréhension clinique et étiopathogénique. La **figure 2** présente de manière un peu synthétique deux axes du raisonnement si on essaye d'avoir une perspective indépendante de l'expression fonctionnelle au plan de l'organe.

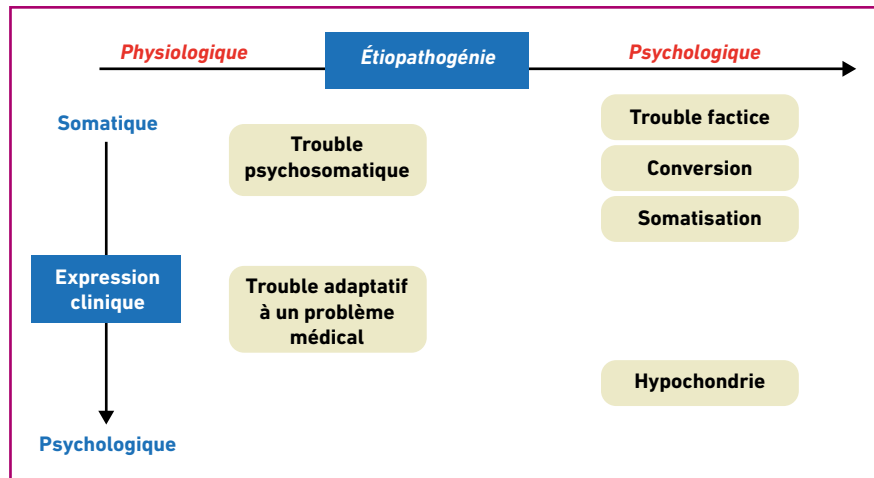


Fig. 2 : Pathologies fonctionnelles : raisonnement clinique et étiopathogénique (d'après [3]).

Si les problématiques fonctionnelles sont très fréquentes, elles ont une expression variable en fonction de l'âge. Par ailleurs, en fonction des âges, les mêmes organes ne sont pas toujours impliqués puisque plus l'enfant est jeune, plus la clinique peut avoir une expression psychosomatique. On sait très bien que les douleurs abdominales sont plutôt le fait d'enfants de maternelle, les céphalées plutôt le fait d'enfants d'âge primaire, alors que les tout-petits vont exprimer vomissements, anorexie, coliques idiopathiques, etc.

Les deux grands axes du raisonnement, qui sont présentés dans la **figure 2**, sont l'axe étiopathogénique, où on peut faire un gradient du plus physiologique jusqu'au plus psychologique, et celui de l'expression clinique, qui peut être totalement somatique jusqu'à complètement psychologique. Selon ces deux axes, apparaît sur cette figure la position des diagnostics du DSM listés précédemment [3].

Abord systémique et développemental des pathologies fonctionnelles

Pour comprendre l'abord développemental et systémique des pathologies fonctionnelles, il est important de rap-

peler deux concepts clés. Le premier est le concept d'interaction qui, dans la littérature scientifique, a été abordé à la fois par des systémiciens, des psychanalystes d'enfants, des spécialistes de l'éthologie animale, mais également des psychologues du développement ou des spécialistes du traitement du signal social. Si chacune de ces disciplines avait une perspective qui lui était propre, toutes se sont intéressées à la dynamique des interactions entre personnes, sachant que l'interaction minimale est la dyade, d'où les très nombreuses études qu'il existe sur les interactions précoces parent-bébé. Le concept d'interaction a cela de dynamique qu'il suppose que la communication dépend finalement de l'histoire précédant la production, qu'elle soit langagière, corporelle ou tout autre signal social. Il y a donc l'idée d'une dynamique qui tient compte des événements passés et des événements à venir [4].

Le second concept clé est celui d'écosystème. En effet, un bébé arrive au monde dans un système interactif clos, d'abord avec sa maman, mais également dans un microsystème que l'on peut imaginer comme s'élargissant au fur et à mesure de la distance à l'enfant. Classiquement (et c'est le cas avec le modèle écosystémique le plus connu qui est celui de Bronfenbrenner), on distingue le micro-système c'est-à-dire la famille immédiate,

I Mises au point interactives – Troubles fonctionnels

l'école et les amis, l'exosystème c'est-à-dire la famille étendue, la communauté des services, les lieux de travail et le voisinage, et enfin le macrosystème qui comprend la culture, les lois, la religion, etc., c'est-à-dire toute une série de concepts dont les effets vont être essentiellement portés par les représentations symboliques et collectives.

Si on en vient à la place de cette vision développementale et systémique lors des consultations pédiatriques pour plaintes fonctionnelles, il est clair que, dans le cadre du colloque singulier, l'enfant reste le patient privilégié du médecin et du pédiatre. Mais il est également clair que cette vision systémique implique les parents donc le père et la mère, qui constituent eux-mêmes un couple, mais parfois aussi les frères et sœurs qui constituent la fratrie, couple et fratrie constituant la famille avec l'enfant malade. En élargissant encore le système dans un certain nombre de cas complexes et chroniques, les plaintes fonctionnelles variant d'un organe à l'autre, il peut y avoir d'autres médecins, des psys, donc le monde médical, voire le corps social parce que certaines plaintes ont lieu plus souvent à l'école.

Par ailleurs, dans les situations de plaintes fonctionnelles qui durent, on se rend compte qu'un certain nombre de choses sont non dites et renvoient finalement à un questionnement autour de conflits, de secrets, de maltraitance, parfois d'un hyper-investissement (par exemple médical), de problématiques de transition dans certaines maladies chroniques, où on voit bien que certains adolescents ont des plaintes fonctionnelles à l'idée même de quitter le service de pédiatrie dans lequel ils étaient si bien suivis depuis tant d'années, et puis d'autres expressions comme la peur de l'école ou le harcèlement puisque les plaintes fonctionnelles, parfois, en empêchant d'aller à l'école, trouvent finalement un bénéfice qui correspond à une cause externe non connue. C'est cette analyse encore une fois systémique

qui permettra de faire sortir des aspects adaptatifs qui ont été ignorés par méconnaissance et non-dits.

Je ne vais pas détailler la question de la vision développementale pour l'enfant, puisque les pédiatres sont tout à fait bien formés de ce point de vue. J'insisterai en tant que psychiatre sur la vision développementale de ce que l'on peut attendre des parents. On ne parle pas suffisamment du fait qu'un parent n'est pas le même à tous les âges de l'enfant. D'une part, le parent change avec l'enfant qui grandit, le parent vieillit lui aussi. D'autre part, les compétences parentales ne sont pas les mêmes en fonction de l'âge de l'enfant.

Je cite souvent le modèle de Galinski parce qu'il est très illustratif des grandes étapes de la parentalité, en distinguant le stade des représentations par rapport aux nouveau-nés et tout-petits, voire avant la naissance par rapport au fœtus. On se trouve plutôt dans les fantasmes et les cognitions parentales projetées sur l'enfant à venir. À la période suivante, de la naissance à 2 ans, on retrouve le stade de l'attachement, dit "stade nourricier", où il s'agit essentiellement pour le parent d'instaurer des interactions précoces et une qualité d'attachement sécurisant pour l'enfant. Le stade suivant est celui de l'autorité, où la tâche parentale est justement de transmettre à l'enfant les nécessaires interdits qui permettront à ce dernier d'installer des capacités d'inhibition suffisantes. C'est donc la structuration éducative, grosso modo à l'âge de la maternelle. Le stade suivant concerne la stimulation et l'ouverture au monde, vers l'âge scolaire, où le parent devient beaucoup plus éducateur avec l'école. Et puis, au moment de l'adolescence, on parle de stade de l'interdépendance où les enjeux d'identité et d'autonomie sont très importants, sans compter bien entendu les questions autour de la puberté [5].

Et si on regarde dans le monde des psys ceux qui parlent de ces différents stades, on voit bien que ce sont surtout les psy-

chanalystes qui ont parlé du stade des représentations chez le tout-petit, les attachementnistes des interactions précoces, les comportementalistes de l'autorité, plutôt les éducateurs – au sens de science de l'éducation – de l'ouverture au monde et toutes les notions cognitives d'*empowerment* pour les questions d'interdépendance même si, sur les questions d'adolescence, les psychanalystes ont aussi décrit des choses tout à fait intéressantes.

Dans le contexte actuel de COVID-19 et pour illustrer le modèle écosystémique dans ses composantes, qui sont les composantes les plus macro, c'est-à-dire les plus culturelles, on ne peut pas passer sous silence les événements récents concernant l'épidémie de tics fonctionnels qui a eu lieu pendant la COVID à la suite de la publication sur le réseau social TikTok, très fréquenté par les enfants et les adolescents, d'une vidéo d'une adolescente ayant des tics. Plusieurs équipes dans le monde ont décrit cette diffusion, ce qui montre bien que l'effet collectif peut parfois prendre l'aspect d'une épidémie dans les plaintes fonctionnelles [6-8].

Une autre étude tout à fait intéressante concernant les COVID longs chez l'enfant a été présentée récemment et montre que, s'il existe des plaintes à court terme plus fréquentes de nature fonctionnelle associées à la COVID lorsque la PCR est positive, la différence entre PCR positive et négative à 3 mois n'existe plus, même si les plaintes fonctionnelles sont très fréquentes et que par ailleurs la nature des plaintes fonctionnelles est identique chez les patients positifs à la COVID à ceux qui sont négatifs. Ces résultats montrent bien que la question du COVID long a une part de plaintes fonctionnelles tout à fait majoritaire [9].

Enfin, il n'est pas possible de clore une mise au point sur les pathologies fonctionnelles sans avoir une vision écologique de l'adaptation d'un enfant à une maladie chronique. Celle-ci est résumée

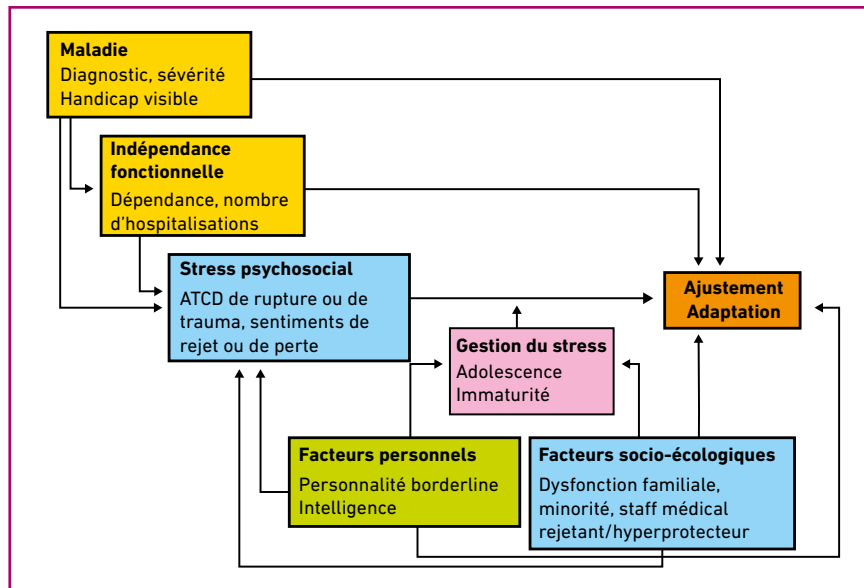


Fig. 3 : Modèle écologique de l'adaptation à une maladie chronique de l'enfant (d'après [10]).

dans la **figure 3**, qui présente en sortie les capacités d'ajustement et d'adaptation de l'enfant à une maladie chronique en tenant compte des principaux paramètres contributifs, à savoir : la nature de la maladie, la nature des conséquences sur le plan de l'indépendance fonctionnelle, le contexte de stress psychosocial dans lequel la maladie survient, les facteurs personnels de l'enfant et les facteurs socio-écologiques de la famille, qui vont contribuer ou non à la gestion de ce stress, en sachant que certaines périodes de la vie comme l'adolescence sont particulièrement difficiles, tout cela dans une combinatoire assez complexe. C'est la résultante de ces influences réciproques qui joue finalement sur les capacités d'ajustement et d'adaptation.

À mon sens, ce modèle relativement simple est extrêmement utile pour donner une grille de lecture aux pathologies fonctionnelles résistantes et complexes qu'on rencontre parfois dans nos prises en charge. Dans mon expérience clinique, les cas au demeurant les plus complexes me laissent à penser qu'au-delà des pathologies factices, on devrait parfois réfléchir à la notion de syndrome de Münchhausen partagé. Dans des cas

rare mais complexes, on ne sait plus très bien si c'est un membre de la famille qui induit la pathologie chez l'enfant ou si c'est l'enfant qui cherche à répondre aux attentes de son parent qui le voit comme un malade chronique. La plainte fonctionnelle vient répondre aux questions/demandes/attentes du parent vis-à-vis de l'enfant.

Conclusion

Les pathologies fonctionnelles de l'enfant sont extrêmement fréquentes en pratique courante et recouvrent un continuum de problématiques à expression somatique avec une participation psychologique plus ou moins importante. Pour le psychiatre, elles impliquent de les situer au plan du développement de l'enfant et d'analyser les besoins fondamentaux de celui-ci. Le raisonnement clinique est en grande partie commun quel que soit l'organe impliqué, avec deux grandes dimensions que sont l'expression clinique et la compréhension étiopathogénique. L'abord systémique et développemental est souvent crucial, en particulier dans les formes résistantes chroniques et à fort impact en termes de morbidité.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAYEZ JY, LAZARTIGUES A. Mouvement des familles et besoins des enfants (I). *Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences*, 2003;1-5:31-37.
2. MARTIN-BLACHAIS MP. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. Rapport remis à Laurence Rossignol, ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, 2017. Accessible en ligne à solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe_fevrier-2017.pdf
3. MARCELLI D, COHEN D. *Enfance et psychopathologie* (11^e édition). Paris : Masson, 2021.
4. COHEN D, VIAUX S, SAINT-GEORGES C *et al.* Intérêts de l'étude des interactions précoces mère-bébé par des méthodes automatisées de traitement du signal social : applications à la psychopathologie. *Bull Acad Nat Méd*, 2016;200, séance du 28 juin.
5. ROSKAM I, KINOO P, NASSOGNE MC. Children displaying externalizing behaviour. Epigenetic and developmental framework. *Neropsychiatr Enfance Adolesc*, 2007;55:204-213.
6. PRINGSHEIM T, GANOS C, MCGUIRE JF *et al.* Rapid Onset Functional Tic-Like Behaviors in Young Females During the COVID-19 Pandemic. *Mov Disord*, 2021 [online ahead of print].
7. OLIVERA C, STEBBINS GT, GOETZ CG *et al.* TikTok tics: A pandemic within a pandemic. *Mov Disord Clin Pract*, 2021 [online ahead of print].
8. MÜLLER-VAHL KR, PISARENKO A, JAKUBOVSKI E *et al.* Stop that! It's not Tourette's but a new type of mass sociogenic illness. *Brain*, 2021;awab316.
9. STEPHENSON T, PINTO PEREIRA S, SHAFRAN R *et al.* Long COVID - the physical and mental health of children and non-hospitalised young people 3 months after SARS-CoV-2 infection; a national matched cohort study (The CLoCk) Study. *Res Square*, 2021 [online ahead of print].
10. WALLANDER JL, VARNI JW. Effects of pediatric chronic physical disorders on child and family adjustment. *J Child Psychol Psychiatry*, 1998;39:29-46.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.