

Troubles aigus du comportement : conduite à tenir chez l'enfant et l'adolescent, « psy » ou organique ?

Frédéric VILLEGA, Jean-Michel PEDESPAN

CHU Pellegrin Enfants

Unité de Neurologie de l'Enfant et de l'Adolescent

Place Amélie Raba-Léon

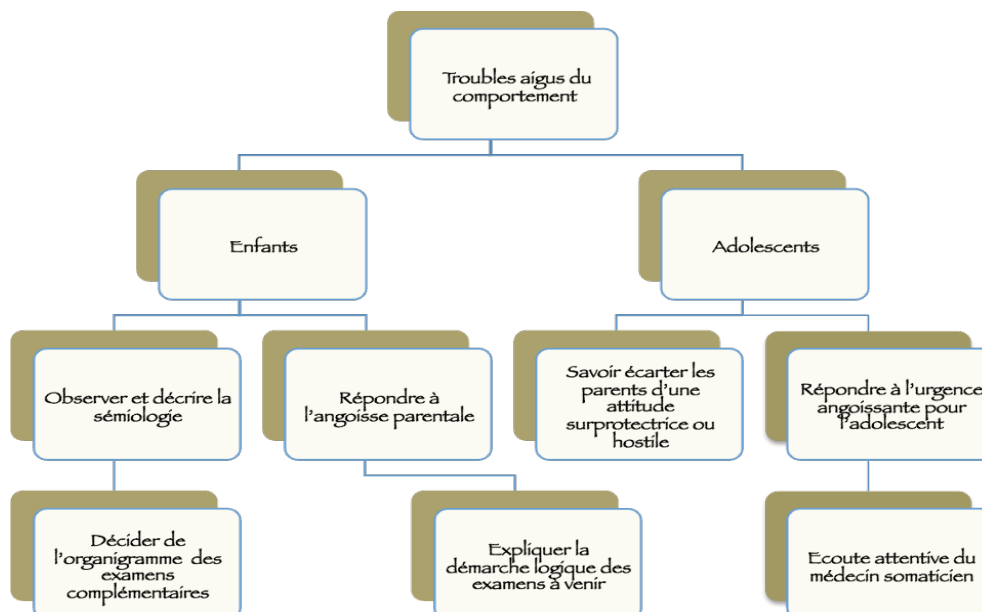
33076 Bordeaux cedex

frederic.villega@chu-bordeaux.fr

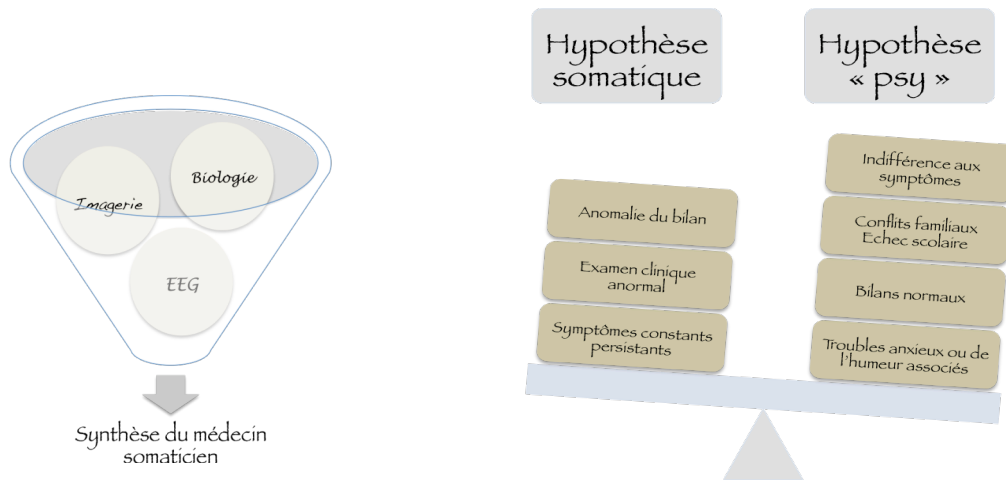
Les troubles aigus du comportement sont un motif de consultation fréquent chez l'enfant et plus encore chez l'adolescent. Parfois très démonstratifs et angoissants pour les parents comme pour une équipe soignante, ils mettent à mal notre capacité à organiser une prise en charge rapide et logique.

La conduite à tenir en urgence, thérapeutique et étiologique est alors difficile à schématiser sous la forme d'un organigramme standardisé. Quelle est la place de notre subjectivité de soignant ? A quel moment doit intervenir le psychiatre ? Doit-on maintenir une dichotomie entre le médecin du corps et le médecin « psy » ? Doit-on proposer des soins psychologiques avant la fin d'un bilan exhaustif ?

La première étape, rencontre avec le pédiatre, peut être représentée ainsi :



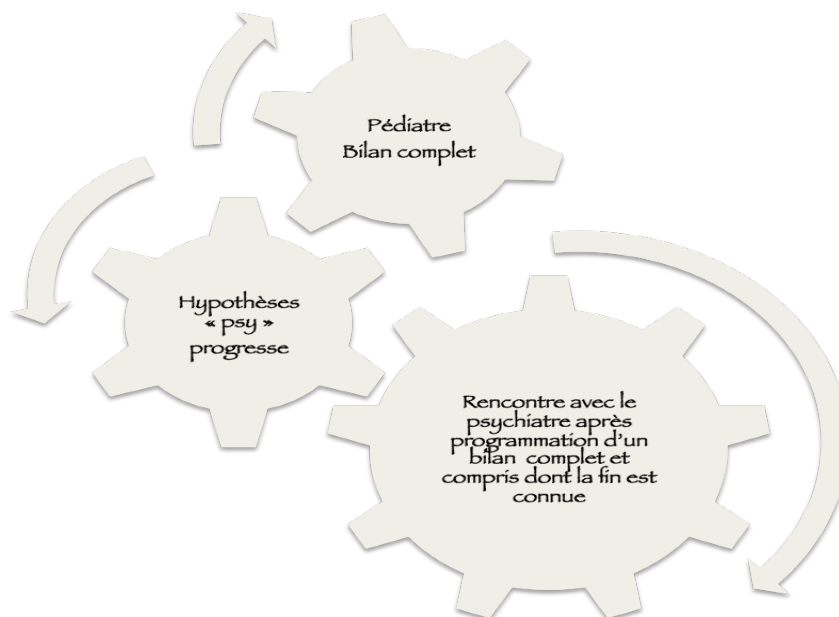
Si le psychiatre, sollicité par le somaticien, intervient toujours avant la fin du bilan somatique, il reste important que la programmation du bilan soit déjà très clairement établie, ne laissant pas la place à une fuite en avant vers des examens inutiles et sans réponse qui retarde la mise en place de soins psychologiques :



Une hospitalisation, à l'origine d'une coupure du milieu familial et social est pratiquement toujours utile et finalement bien vécue. S'intéresser aux symptômes, c'est déjà gagner la confiance de l'enfant et plus encore de l'adolescent. Encore faut-il ressentir ce lien que, bien sûr, il n'exprimera pas. Au mieux un dessin pour le premier, un silence trop parlant pour l'autre.

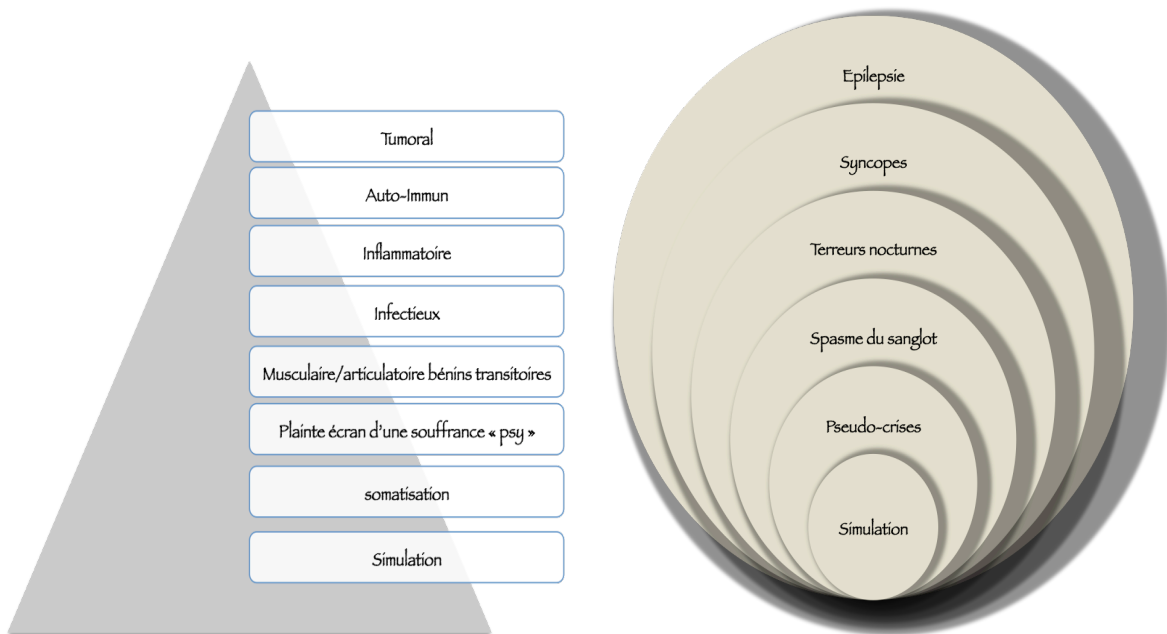
Chercher à rassurer à tort, au contraire, serait risquer de perdre la confiance de l'enfant car le vécu des symptômes est le témoin de l'histoire et de la personnalité de chacun.

Un trouble bénin peut être ressenti comme une maladie très grave. L'idée de la rencontre avec un psychiatre, thérapeute des maladies mentales, est parfois vécue comme une blessure, et il est important de proposer cette rencontre comme parallèle et indispensable à la prise en charge globale :



La découverte de troubles de la personnalité ou d'une personnalité « fragile » est elle un argument suffisant pour éliminer un trouble somatique ? Dans le champs de la psychosomatique, le patient essaie toujours de donner un sens à ce qui lui arrive, et dont l'origine revêt souvent un sens coupable. Ainsi des symptômes peuvent être théâtralisés ou interprétés avec une grande bizarrerie par le malade.

Il convient alors de rester vigilant et d'éliminer toutes les causes plausibles liées aux symptômes à l'aide d'arbres décisionnels généraux ou adapté aux symptômes (exemple à droite pour les malaises fréquents chez les petits enfants) :



Marqué par de profondes mutations et l'exaltation de l'émancipation, l'adolescent, sensible aux modifications de son corps, aura souvent tendance à évoquer des plaintes somatiques de façon étrange ou floue :



Il cherche ainsi à se démarquer du groupe familial et social auquel il appartient. Ses plaintes ne sont plus celles des petits maux de l'enfance, autorisés par la famille, valorisées et écoutées. Elles n'ont pas, non plus, la gravité de la plainte somatique de l'adulte. L'adolescent a probablement peur de ne pas être pris au sérieux face à la maladie ou à la crainte de celle-ci. Les plaintes, lorsqu'elles surviennent dans des moments de révolte ou de violence, ont des contours qui vont paraître étranges. La plainte corporelle est 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 volonté d'échapper à l'emprise des parents puisque la plainte persiste ».

Le rôle du thérapeute, quel qu'il soit, ne consiste pas à apporter une réponse là où l'enfant refusera de la chercher mais à savoir laisser de l'espoir dans l'avenir par le biais des soins qu'il proposera, « psy » ou non.

Quelle est la place des parents dans l'imbroglio de notre démarche diagnostique ? Etrangement il est souvent nécessaire de savoir maintenir à distance ces parents désarmés pour ne pas les responsabiliser dans l'adhésion aux soins. Responsabiliser les parents dans l'organisation de la prise en charge, reste très déstabilisant, car cela pourrait provoquer en eux la peur de perdre la confiance que leur témoigne leur « ado ». Une confiance symbole de l'amour qu'il leur porte.

Ainsi la prise en charge des troubles du comportement que l'on rencontre fréquemment aux urgences pédiatriques implique :

- une réponse thérapeutique sans délai dans le calme (antalgiques, écoute attentive...),
- une rigueur absolue dans la programmation d'un bilan impossible à généraliser sur un protocole
- une évaluation pédopsychiatrique après des explications précises sur le bilan à venir avec la décision indiscutable du point final qui sera mis au bilan somatique par la suite,
- la décision de mise en place de soins psychologiques,
- l'organisation à plus long terme de soins psychologiques ambulatoires.

Somaticiens, psychiatres, psychologues expriment alors souvent avec un langage différent, une même physiopathologie. On ne saurait soigner sans prendre en compte la complexité de la vie, quel que soit l'âge de nos patients, grands bébés ou petits « ados ».