

Préambule: Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles. Les diapositives de l'orateur sont normalement disponibles sur le site Internet <http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html>: le nom d'utilisateur est "formationcontinue" et le mot de passe est "pediatrie" en minuscules et sans accents.

Présentation de cas en Pédiatrie - Genève du 18 mars 2014

Nouvelle épidémie: ces symptômes qui empêchent d'aller à l'école

Oratrices: Drsse V Uldry, Drsse M Caflisch

Présentation de vignettes:

Cas 1: Morgane. 12 ans, présente des malaises avec chutes, en particulier dans les escaliers, et entorses à répétition. La situation familiale est compliquée. Il existe aussi des difficultés d'intégration avec les pairs. Elle avait été suivie en hématologie pour une anémie, et s'est présentée 5 fois de suite en urgence pour des entorses. Une hospitalisation avait été décidée.

Cas 2: Anaïs, 15 ans, consulte pour des douleurs abdominales récidivantes. Elle avait été hospitalisée pour une appendicite, opérée, puis pour une lithiase vésiculaire, opérée par laparoscopie et compliquée d'une pancréatite post opératoire; elle se plaint de douleurs également thoracique, un CT Scan avait été fait. Elle présente un absentéisme scolaire et des douleurs ombilicales persistantes

Cas 3: Maria, 18 ans, se plaint de paralysie de l'avant bras et de plaintes multiples. Elle a des relations difficiles avec ses pairs et présente un comportement sexuel à risque. Le bilan neuropsychologique montre un léger retard mental, justifiant une scolarisation en milieu spécialisé (école professionnelle de Conches) mais n'a pas de projet d'avenir.

Dans ces situations, il faut distinguer:

- 1) L'absentéisme scolaire, avec ses absences répétées de l'école
- 2) La rupture ou le décrochage scolaire, abandon de toute formation
- 3) La phobie scolaire, qui est un trouble anxieux

Des chevauchements sont possibles

Sur 233 jeunes patients suivis, 74 avaient des problèmes scolaires dont 37 avec des douleurs somatiques (céphalées, maux de dos)

Dans d'autres études, les symptômes rencontrés sont douleurs abdominales (43%), fatigue (28%), symptômes musculo-squelettique et autres

Dans l'étude SMASH, les céphalées venaient en premier, puis dorsalgie, maux de ventre et autres symptômes.

Avec le nouveau DSM V, on ne parle plus de trouble somatoforme mais de "somatic symptom and related disorders"

Dans les *symptômes hypochondriaques*, le patient s'observe et interprète faussement des sensations normales et a peur d'avoir une maladie.

Dans le *syndrome de conversion* ou hystérie (forme de névrose), il faut rechercher un modèle dans l'entourage, une dépendance dans le temps, la "belle indifférence" (le patient est celui qui est le moins inquiet pour une maladie pouvant le concerner)

La *simulation* est rare; le patient cherche à atteindre un but à travers la maladie et ses symptômes.

Comment comprendre la situation?

Il faut essayer d'établir un rapport entre la psyché et le soma.

Les conflits (plus souvent inconscients) se manifestent à travers des symptômes physiques.

Un stress persistant peut impliquer un dysfonctionnement d'organe.

Un cercle vicieux angoissant peut s'établir (symptômes sans solution)

Le patient est convaincu de sa maladie, il la ressent et désire obtenir un soutien.

Tout cela devient pathologique lorsqu'il y a altération du fonctionnement social. Cela peut être aussi une façon de communiquer ses craintes. Le plus souvent, ce problème apparaît au moment d'une impasse développementale.

Les facteurs de stress peuvent être:

Un parent atteint d'une maladie grave (31%)

Un parent absent ou inconnu (38%)

Un déracinement (7%)

Une situation de violence, de maltraitance (15%)

Que faire?

Il faut exclure une cause organique, pas toujours facile à distinguer d'une cause fonctionnelle (souvent plus confuse, moins bien systématisée). Une cause organique est souvent mieux organisée, souvent avec une gêne nocturne.

Il faut éviter de faire un diagnostic d'exclusion, il faut décrire la normalité, traduire le langage parlé par le corps (émotion et rougeur, peur et palpitation, etc.). Il est utile par exemple d'employer un schéma du système nerveux sympathique et parasympathique en lien avec les émotions.

Des échelles d'évaluation de douleurs, un calendrier d'auto-évaluation sont utiles; il faut montrer les liens entre symptômes et histoire personnelle, préparer une prise en charge psychothérapeutique, trouver ensemble des solutions et des portes de sortie honorables.

Le médecin doit travailler dans ses propres limites et en réseau.

Les ruptures scolaires engagent un problème d'avenir à long terme.

Le cas 1 a été suivi en consultation de l'adolescence, en unité d'évaluation et en hôpital de jour.

Les structures existantes en milieu hospitaliers sont l'unité d'évaluation (5 lits, 5 jours maximum), la médecine A2 (séjour non limité dans le temps, entrée volontaire, le Salève à Belle Idée (idem), les lits de crises (UCA) (6 lits, surtout dédiés à la problématique suicidaire, séjour volontaire)

Le cas 2 est plus compliqué. La prise en charge a nécessité la consultation pour adolescent, l'UAPH (unité ambulatoire péri hospitalière), des aménagements scolaires l'OFPC (orientation professionnelle) et finalement l'adolescente est entrée au Collège avec une bonne évolution

Les structures parallèles aux précédentes sont le CTAI (Centre de Traitement Ambulatoire Intensif) (accueil 7/7, prise en charge à durée déterminée), l'UAPH (unité ambulatoire péri hospitalière), l'hôpital de jour (20 places, 9-12 ans les mardis et vendredi, 13-18 ans les lundis, mercredi et jeudi).

L'aménagement du temps scolaire et la réintégration demande beaucoup de temps et d'énergie (contacts avec directeurs, doyens, courrier au DIP, allègement du programme scolaire, demande de promotion avec dérogation)

Il existe aussi des différents dispositifs de réintégration et aide (CTP (Centre de Transition Professionnel, ancien SCAI), tremplins jeunes, OFPC (office pour l'orientation, de formation professionnelle et continue), SEMO (semestre de motivation), Paidos, point jeune). Environ 100 jeunes ont recours à un ou plusieurs de ses dispositifs, avec 30% de succès (intégration dans vie professionnelle)

Cas 3: Après avoir fait l'EFP (école de formation professionnelle) de Conches. puis le CISP (centre d'intégration socio professionnel) (SGIPA), puis l'ORIF (intégration professionnelle, lié à l'assurance invalidité) pour bénéficier de réintégration professionnelle. Une plaquette va prochainement être éditée sur les différentes possibilités existantes.

Donc le but de la prise en charge est d'aider et d'accompagner, de restaurer un lien; il faut connaître les différentes possibilités de prise en charge, qui doit être individualisée

Une discussion a suivi parlant de la complexité du système par rapport à ce problème qui devient de plus en plus important. Les différentes abréviations employées n'ont pas été toujours explicitées...

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch