

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Céphalées primaires de l'enfant : des facteurs familiaux et psychoaffectifs
Revue de la littérature et étude de cas cliniques

Présentée et soutenue publiquement le 14 septembre 2021 à 15H30
au Pôle Recherche
par **Emmanuel AZOUGUI**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Directeurs de thèse :

Monsieur le Professeur François MEDJKANE

Madame le Docteur Justine AVEZ-COUTURIER

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AINS : Anti-inflammatoire non-stéroïdien

AMM : Autorisation de mise sur le marché

CGRP : *Calcitonin gene related peptide*

CIM : Classification internationale des maladies

CMP : Centre médico-psychologique

CTC : Complexe trigémino-cervical

CTT : Céphalées de type tension

DSM : *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders*

ICHD : *International Classification of Headache Disorders*

IHS : *International Headache Society*

SNC : Système nerveux central

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
I. Les céphalées primaires de l'enfant	6
1. Critères diagnostiques et classifications	7
a. Critères ICHD	8
b. Particularités pédiatriques	12
c. Comorbidités psychiatriques ou causalité psychiatrique ?	13
2. Épidémiologie	16
a. Un symptôme fréquent en pratique pédiatrique.....	16
b. Évolution du sex-ratio avec l'âge	18
c. Des disparités régionales constatées	19
3. Physiopathologie des céphalées primaires	19
a. Une intrication neuro-vasculaire	20
b. L'environnement psycho-social : facteur de stress	25
c. Une histoire familiale	30
4. Abord psychopathologique des céphalées primaires de l'enfant.	31
a. Historique	32
b. Somatisation ou conversion	37
II. Relation entre facteurs familiaux et douleur chez l'enfant souffrant de céphalées primaires : revue narrative de la littérature	39
1. L'influence parentale sur la céphalée de l'enfant.	42

2. Les déterminants psychoaffectifs à l'œuvre.....	49
III. Approche Clinique	55
1. Objectifs et instruments de mesure.....	57
2. Aspect réglementaire et déontologiques.....	57
3. Instruments de mesure.....	57
4. Déroulé de la recherche.....	61
5. Présentation des cas cliniques.....	62
a. Nina.....	62
b. Myriam.....	67
c. Jonathan.....	71
6. Analyse.....	75
Conclusion	78
Annexes	80
Bibliographie	86

Introduction

« *C'est le jeune homme qui est pris de migraine [...] C'est la jeune fille dont la nuque souffrante se contracte* »

Cette citation, tirée d'une tablette Mésopotamienne, est datée environ du troisième millénaire avant notre ère. Elle constitue la première mention historique de l'occurrence de mal de tête chez l'enfant, et d'un traitement en vue de soulager la douleur causée par ce « démon ». ¹

Quelques descriptions ponctuelles de ces phénomènes nous sont parvenues des siècles précédents, mettant en lumière l'universalité et la constance de cette préoccupation, tout comme la diversité des prises en charges proposées selon les abords compréhensifs en vigueur. Ces témoignages du passé sont source de débats pour les historiens de la médecine quant à la nature des événements décrits, entre par exemple, épilepsie, céphalée ou hystérie. Ils illustrent ainsi la parenté de toutes ces manifestations en ce qu'elles sont l'expression d'une expérience éminemment subjective pour le patient et par la façon que nous avons d'y accéder, et de l'étudier encore aujourd'hui.

Face à cette diversité de l'approche clinique, et à la nécessité de partager un objet d'étude commun, aux grands travaux de classification du XIXe siècle a succédé l'apparition des nosographies internationales.

En 1988 la première version de la Classification Internationale des Céphalées (*International Classification of Headache Disorder, ICHD*) était publiée, donnant pour la première fois des critères consensuels, permettant une approche catégorielle de la céphalée, et en faisant également un objet d'étude pour les professionnels concernés. Les particularités de la population pédiatrique font l'objet d'un intérêt croissant dans

les classifications qui la suivent, comme en témoigne l'intégration de la réflexion autour des syndromes cycliques de l'enfant et leur potentiel caractère pré morbide d'états migraineux futurs.

La publication de cette classification et ses deux autres révisions, 2005 et 2013, a été suivie par une importante croissance du nombre de publications sur les céphalées. La pratique clinique, appuyée par les données de la littérature, accorde une part importante à la question du stress, et plus généralement des comorbidités psychiatriques dans la genèse, l'entretien voire l'aggravation des douleurs de céphalées.

Dans la grande majorité des cas, les céphalées primaires de l'enfant sont des phénomènes bénins et passagers, conformément à la représentation collective des « maux de tête ». La prise en charge de l'enfant souffrant de céphalées récurrentes ou chroniques, et de sa famille, interpelle cependant par le retentissement que l'on peut constater sur son fonctionnement général et celui de l'entourage.

L'altération de la qualité de vie, des rapports familiaux, de la capacité souvent à suivre une scolarité normale, soulève la question de la relation entre ces éléments et l'évolution du trouble.

La popularisation du concept de lecture et de prise en charge « bio-psycho-sociale » permet d'articuler les connaissances de la physiologie et des théories issues de la psychopathologie, dans l'approche de ce phénomène complexe.

Dans le cadre d'une méthodologie de type articulation théorico-clinique, la première partie de ce travail sera consacrée, après définition des critères diagnostics, au développement des données issues de la biologie, puis une présentation de l'abord compréhensif tel que décrit au sein du corpus psychopathologique psychanalytique.

La seconde partie sera consacrée à l'étude des facteurs familiaux en relation avec les céphalées de l'enfant, en appui de la présentation d'une revue narrative de la littérature.

La troisième partie sera l'occasion de confronter les éléments issus des différents abords théoriques et de la littérature scientifique au matériel clinique recueilli au cours d'entretiens pédopsychiatriques réalisés dans le cadre de la mise en place du projet d'éducation thérapeutique « ETP Céphalées » coordonné par le Dr Justine Avez-Couturier du service de Neuropédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Lille.

I.

Les céphalées primaires de l'enfant

1. Critères diagnostiques et classifications

La première classification diagnostique des céphalées (ICHD 1) est publiée en 1988, sous l'égide de l'International Headache Society (IHS). Depuis lors, deux versions révisées ont vu le jour, en 2005 (ICHD 2) et en 2018 dans sa version définitive (ICHD 3), faisant suite à une première publication en 2013 (ICHD bêta).

L'apparition de cet outil marque un tournant majeur dans l'étude des céphalées par l'introduction de critères internationalement reconnus et partagés pour le diagnostic clinique et la recherche.

La démarche diagnostique dans le cadre de toute céphalée, et en particulier chez l'enfant, doit avant toute chose permettre de repérer les « drapeaux rouges », selon l'expression médicale consacrée, orientant la nature de la prise en charge, et bien souvent également le degré d'urgence à l'administrer.

Ainsi dès la deuxième version de l'ICHD, est figurée une différenciation importante dans la systématisation de l'approche clinique, par le biais de la distinction entre :

- Céphalées primaires : maladies par elles-mêmes, non attribuables à une cause, parmi lesquelles les différents types de migraines et les céphalées de tension (CTT).
- Céphalées secondaires
- Douleurs oro-faciales et neuropathies crâniennes

Le présent travail s'attache à développer des données et réflexions autour des céphalées dites primaires, en particulier les deux entités les plus fréquentes, la migraine et les céphalées de tension.

En pratique, il est bien souvent difficile de rendre opérante la dichotomie primaire/secondaire, en particulier lors des premiers épisodes douloureux. Une céphalée d'allure primaire, si sa première installation est contemporaine d'un autre trouble, pourra être dite secondaire à ce trouble. Également, une céphalée primaire connue, dont les caractéristiques seraient aggravées en relation temporelle étroite avec un facteur causal devra être cotée comme primaire et secondaire.

L'existence d'une causalité directe pouvant difficilement être affirmée avec certitude en clinique, d'autant plus en ce qui concerne les comorbidités psychiatriques, et la fréquence de leur cooccurrence à tous les stades d'évolution des céphalées, illustrent les limites que l'on peut rencontrer dans la démarche diagnostique.

a. Critères ICHD : migraine, céphalée de tension, critère de chronicité, abus d'antalgiques

Dans cette section seront abordés les diagnostics de céphalées primaires les plus fréquents en pédiatrie, ainsi que ceux retrouvés chez les patients présentés en troisième partie.

Le diagnostic de migraine sans aura chez l'enfant (1.1) selon l'ICHD-3 répond aux critères suivants :

- A.** Au moins cinq crises répondant aux critères B-D
- B.** Crises de céphalée durant 2 à 72 heures (sans traitement ou avec un traitement inefficace)
- C.** Céphalée ayant au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :
 1. topographie unilatérale
 2. type pulsatile
 3. intensité douloureuse modérée ou sévère
 4. aggravée par ou entraînant l'évitement de l'activité physique de routine (*par ex.*, marche ou montée des escaliers)
- D.** Durant la céphalée, au moins l'un des symptômes suivants :
 1. nausées et/ou vomissements

- 2. photophobie et phonophobie
- E.** N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3

Tableau 1.

Le diagnostic de migraine avec aura (1.2) selon la classification ICHD 3 répond aux critères suivants :

- A.** Au moins deux crises répondant aux critères B et C
- B.** Au moins un symptôme entièrement réversible d'aura :
 1. visuel
 2. sensitif
 3. parole et/ou langage
 4. moteur
 5. tronc cérébral
 6. rétinien
- C.** Au moins trois des six caractéristiques suivantes :
 1. au moins un symptôme d'aura se développe progressivement sur ≥ 5 minutes
 2. deux ou plusieurs symptômes d'aura surviennent successivement
 3. chaque symptôme d'aura dure 5-60 minutes
 4. au moins un symptôme d'aura est unilatéral
 5. au moins un symptôme d'aura est positif
 6. l'aura est accompagnée, ou suivie dans les 60 minutes, d'une céphalée
- D.** N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3.

Tableau 2.

Les auras peuvent être qualifiées de typiques (1.2.1) lorsqu'elles présentent les caractéristiques codées 1.2, et les suivantes :

1. troubles visuels, sensitifs, du langage et/ou de la parole entièrement réversibles
2. absence de symptôme moteur, du tronc cérébral ou rétinien

Parmi les auras non typiques, on retrouve le diagnostic de migraine avec aura du tronc cérébral (1.2.2), dont les caractéristiques sont si peu spécifiques, et souvent spectaculaires, qu'elles peuvent faire évoquer en premier lieu un phénomène neurologique lésionnel, constitué ou transitoire, ou nombre de symptômes psychiatriques tels que les attaques de panique, les hallucinations etc.

Concernant les CTT, différentes entités sont reconnues dans la sous-section diagnostique 2., où le profil d'évolution temporel (A.) revêt un caractère distinctif

majeur. La classification fait également référence à des diagnostics probables (2.4.) faisant état du caractère souvent incomplet des présentations et de leur difficile classement.

Nous reprenons dans le tableau suivant, uniquement les critères diagnostiques permettant d'identifier les caractéristiques de la douleur d'une CTT :

- B.** Durant des heures, des jours ou non rémittente
- C.** Au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :
 - 1. localisation bilatérale
 - 2. à type de pression ou de serrement (non pulsatile)
 - 3. intensité légère ou modérée
 - 4. absence d'aggravation par les activités physiques de routine comme marcher ou monter des escaliers
- D.** Présence des deux éléments suivants :
 - 1. pas plus d'un de ces signes associés : photophobie, phonophobie ou nausée légère
 - 2. ni nausées ni vomissements modérés ou sévères
- E.** N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3.

Tableau 3.

Les critères A. et B. d'évolution temporelle permettent de retenir un diagnostic de chronicité (2.3) :

- A.** Céphalée survenant 15 jours ou plus/mois en moyenne depuis >3 mois (180 jours/an ou plus), et répondant aux critères B-D
- B.** Durant des heures, des jours ou non rémittente

Dans le cas de la migraine chronique, il est intéressant de noter que la distinction n'est pas opérée dans les caractéristiques de la douleur, migraineuse ou tensives, tant celles-ci fluctuent au cours de l'évolution dans le temps. Ce diagnostic est décrit par les critères suivants (1.3) :

- A.** Céphalée (migraineuse ou tensives) au moins 15 jours/mois depuis plus de 3 mois, et répondant aux critères B et C
- B.** Survenant chez un patient ayant eu au moins cinq crises répondant aux critères B-D de la 1.1 *Migraine sans aura* et/ou aux critères B et C de la 1.2 *Migraine avec aura*

C. Au moins 8 jours/mois depuis plus de 3 mois, la céphalée répond à l'un des éléments suivants :

1. critères C et D de la 1.1 *Migraine sans aura*
2. critères B et C de la 1.2 *Migraine avec aura*
3. considérée à son début par le patient comme étant une migraine et soulagée par un triptan ou un dérivé ergoté

D. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3.

Tableau 4.

La principale cause de passage à l'état chronique de la céphalée est l'existence d'un abus médicamenteux, entité définie dès la première version de la classification, où les différents types de céphalées induites répondaient à des catégories distinctes. Ces critères ont été largement révisés dans la version définitive de la seconde classification, illustrant les intenses discussions dont fait l'objet chacun des éléments retenus, avec notamment la disparition des caractéristiques céphalalgiques nécessairement repérées pour le diagnostic.

Dans la version actuelle de l'ICHD, ce diagnostic est retrouvé au chapitre des céphalées secondaires, détaillé par le code 8.2, et les sous sections permettant de rendre compte des différentes substances qui peuvent être surconsommées individuellement, ou plus fréquemment de façon combinée. Les critères de céphalée par abus médicamenteux sont les suivants :

A. Céphalée survenant ≥ 15 jours/mois chez un patient ayant une céphalée préexistante

B. Surconsommation régulière depuis plus de 3 mois d'un ou plusieurs médicaments utilisés comme traitement de crise et/ou traitement symptomatique des céphalées 1

C. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3.

La reconnaissance d'une telle entité pathologique a une implication capitale en pratique clinique, notamment sur le plan thérapeutique. La question des traitements pharmacologiques est particulièrement épineuse en pédiatrie, avec le panel restreint d'AMM accordées en médecine de l'enfant. La place des prises en charge non

médicamenteuses devrait ainsi être de tout premier ordre, révélant la nécessité d'une meilleure prise en compte des facteurs individuels et environnementaux à l'œuvre dans les céphalées chroniques.²

b. Particularités pédiatriques

L'ICHD ne comporte pas de section spécifique relative aux diagnostics des grandes céphalées primaires chez l'enfant.

Les particularités cliniques pédiatriques sont cependant abordées notamment dans les critères diagnostiques de la migraine sans aura, depuis la 2^e version de la classification, avec une diminution du critère de durée minimale de la douleur (Tableau 1.), ramené de 4h chez l'adulte à 2h.

Le reste de la description symptomatique ne diffère pas de celle de l'adulte et ne rend pas compte du caractère souvent incomplet des tableaux, qui s'enrichissent avec l'âge. A cela s'ajoute la difficulté pour l'évaluateur de repérer des phénomènes essentiellement subjectifs à des âges où le diagnostic se fait par le truchement d'informations de l'enfant, et ses capacités d'explicitation, et de l'entourage reçu en consultation.

Certaines entrées concernent exclusivement l'enfant cependant et illustrent une évolution clinique de l'expression symptomatique qui doit être prise en compte dans l'évaluation de l'enfant.

Les céphalées primaires pédiatriques concernent majoritairement les enfants à partir de l'âge scolaire, avec une prévalence croissante en fonction de l'âge. Avant cela des syndromes historiquement décrits chez l'enfant jeune ont été reconnus comme

susceptibles d'être associés à la migraine, ces entités pouvant être entendues comme « précurseurs » d'une maladie migraineuse.

L'existence et la reconnaissance de ces syndromes introduit une réflexion qui nous paraît importante dans un abord développemental, reliant ces différentes manifestations les unes aux autres sur un axe temporel chez l'enfant.

Ils sont regroupés sous l'entrée 1.6 de l'ICHD-3 « *Syndromes épisodiques pouvant être associés à la migraine* », et comportent plusieurs sous diagnostics qui interpellent par la diversité des localisations douloureuses, et la similitude avec les troubles à expression somatique décrits dans les classifications psychiatriques, en ce qu'ils excluent le dysfonctionnement objectivé de l'organe ou système concerné par le symptôme :

- Le torticolis paroxystique bénin
- Le syndrome des vomissements cycliques
- La migraine abdominale
- Le vertige paroxystique bénin

c. Comorbidités psychiatriques ou causalité psychiatrique ?

La fréquence des pathologies psychiatriques et des céphalées en population pédiatrique rend plus discutable l'association clairement établie depuis de nombreuses années chez l'adulte, entre migraine et syndromes anxieux et dépressifs.³

Ces difficultés tiennent en partie au manque de pertinence des approches catégorielles, ICHD et DSM, largement utilisées dans la méthodologie des études, pour rendre compte de phénomènes psychopathologiques plus enclins à une lecture

dimensionnelle. Ainsi, les données de la littérature ont permis d'identifier des niveaux d'anxiété et de symptômes dépressifs statistiquement plus élevés chez les enfants et adolescents souffrant de céphalées, qu'en population générale, et ce sans pour autant dépasser des seuils pathologiques constitués.

Il semble également que l'association aux troubles psychiatriques, internalisés ou externalisés, se fasse indépendamment du type de céphalée, mais soit plutôt corrélé à l'intensité et la sévérité de celle-ci.⁴

Un élément de classification peut illustrer la difficulté à identifier et délimiter le rapport céphalées et psychiatrie :

Dans l'ICHD-3, figure dans la partie relative aux céphalées secondaires, le diagnostic de « *Céphalées attribuées à une affection psychiatrique* » (12), dont les critères invitent à une démarche conjointe d'analyse sémiologique somatique et psychiatrique, et à considérer l'étendue de la population concernée au regard de la prévalence des phénomènes concernés. La méthodologie diagnostique proposée par l'ICHD indique en l'occurrence, l'importance de pouvoir retenir les diagnostics de céphalées primaire et secondaire.

S'il est clair que des céphalées peuvent survenir fortuitement au décours de pathologies psychiatriques, il est très difficile d'imaginer en pratique pouvoir attribuer avec certitude une causalité psychiatrique à la céphalée, questionnant d'emblée la nature du phénomène répertorié.

En examinant les critères retenus pour le sous diagnostic « *Céphalée attribuée à un trouble de somatisation* » (12.1), apparaît le nécessaire repérage de troubles de somatisation tels que définis dans le DSM IV.

Dans ce contexte, la céphalée apparaît comme un symptôme rattaché à l'ensemble d'autres manifestations douloureuses, gastro-intestinales, ou pseudo-neurologiques, dont le nombre minimal fixé est de 4, survenues avant l'âge de 30 ans. Elle doit suivre la même évolution que ces autres troubles, dans le sens d'une amélioration ou d'une aggravation.

Dans le DSM 5, paru avant l'ICHD-3, le diagnostic de « *trouble somatoforme* » est remplacé par celui de « *trouble à symptomatologie somatique* ». Dans cette nouvelle édition, le nombre requis d'affections nécessairement rapportées pour le diagnostic est abandonné et l'accent est mis sur le critère de retentissement sur le fonctionnement de l'individu. Ainsi, à l'instar de la dépression, le trouble à symptomatologie somatique peut survenir même en présence d'une pathologie organique, lorsque les préoccupations, les émotions et les comportements de la personne à ce sujet deviennent disproportionnées ou excessifs.

Préoccupés par l'importante hétérogénéité de l'item défini par le DSM 5, les auteurs de l'ICHD-3 n'ont pas retenu cette évolution dans la classification psychiatrique, qui rendrait inopérante la tentative de délimiter, avec ce que cela comporte d'arbitraire, le périmètre des diagnostics corrélés ou comorbides.

Un modèle peut ainsi être établi pour rendre compte de la dynamique à l'œuvre dans les liens entre céphalée primaire et psychopathologie chez l'enfant et l'adolescent, en trois axes :

- Nombre de facteurs de risques, en particulier psycho-sociaux, identifiés dans le développement de céphalées, le sont également pour le développement d'une pathologie psychiatrique, tels que les expériences de vie adverses (violence,

perte...), la faiblesse de l'étayage social, la solitude, le bas niveau socioéconomique.

- L'existence d'une céphalée primaire, en particulier chronique, est un facteur de risque de trouble psychiatrique.
- L'existence d'un trouble psychiatrique favorise l'apparition, le maintien et l'aggravation de céphalées primaires.

2. Épidémiologie

a. Un symptôme fréquent en pratique pédiatrique

Les céphalées primaires constituent le plus fréquent des symptômes neurologiques de l'enfant, et occupent le premier rang des plaintes douloureuses de l'enfance.⁵

L'estimation de la prévalence chez l'enfant (8-12 ans) et l'adolescent (13-17 ans) varie sensiblement dans la littérature en fonction des critères diagnostiques retenus et de la méthodologie des études épidémiologiques réalisées.

La publication de la première classification ICHD en 1988, et les deux versions suivantes ont permis une harmonisation rendant possible l'étude sur des critères partagés, et l'obtention de données comparables, dont les limites restent inhérentes aux protocoles de recueil mis en œuvre, notamment les questionnaires auto ou hétéro-administrés, et à l'hétérogénéité de la population source.

De ce fait, l'importance en taille de la population étudiée semble offrir la possibilité de minimiser ces biais évidents, et les données ici présentées sont issues de la méta-analyse de référence sur ce sujet au travers notamment de ce critère qualitatif.⁵

La prévalence globale calculée de l'occurrence d'une céphalée primaire chez l'enfant et l'adolescent est d'environ 60%, rendant compte de l'extrême banalité de cette manifestation en pratique courante.

Concernant la migraine, telle que décrite par la classification internationale, une prévalence globale d'environ 7% peut être rapportée.

Les données épidémiologiques concernant la CTT restent relativement restreintes dans la littérature disponible. On estime que la prévalence globale n'est pas inférieure à celle des migraines, se situant au moins à 10%, avec une hétérogénéité considérable des résultats selon les études réalisées.⁶

L'évolution des chiffres sur les 30 dernières années est marquée par une augmentation d'environ 30% de la prévalence des céphalées primaires.^{2,5}

Pour tenter d'apporter une explication à cette importante inflation, deux points peuvent être soulevés. D'une part, l'apparition des critères diagnostiques issus des classifications ICHD à la fin des années 80 et leurs révisions successives, facilitant la reconnaissance de ces entités nosologiques. D'autre part, la réflexion peut s'appuyer également sur les mutations de nos sociétés modernes, et leur impact sur le mode de vie des enfants toujours plus exposés au stress. Ainsi, à mesure que la pression exercée par l'environnement augmente, à l'école, dans les familles, par les emplois du temps surchargés et des exigences croissantes, on peut conjecturer la poursuite de l'augmentation de la prévalence dans les années à venir.^{1,7}

Fort heureusement, la fréquence des manifestations sévères et invalidantes reste limitée, et est estimée à environ 5% des enfants et adolescents souffrant de céphalées.

b. Évolution du sex-ratio avec l'âge

Il existe une fréquence significativement supérieure de l'occurrence de céphalées dans la population de genre féminin avant l'âge de 20 ans, environ 67%, par rapport à celle de genre masculin, estimée à 58%.⁵

La prévalence des migraines chez les enfants et adolescents de genre féminin se situe autour de 10%, et de 6% pour ceux de genre masculin.

Chez l'enfant (<14 ans), il n'y a pas de différence significative dans la prévalence de la migraine entre les deux genres, c'est à l'adolescence que cette pathologie est le plus souvent rencontrée, avec la constitution d'un sex-ratio évolutif avec l'âge, passant progressivement d'un facteur 1,5 à l'adolescence, à plus d'une femme pour trois hommes à l'âge adulte.

Les différences au regard du genre, sont également identifiées en ce qui concerne la sévérité des manifestations, par leur fréquence ou leur intensité, également par leur impact sur la qualité de vie et la vulnérabilité induite face aux comorbidités.

Ces éléments peuvent être mis en perspective avec l'histoire développementale de l'enfant, pour tenter d'expliquer les différences. Avant 14 ans, les enfants évoluent généralement dans les limites de leur famille, ou apparenté, de l'école, et du quotidien ainsi déterminés par leur dépendance à ces milieux.

Les adolescents ont un accès plus large à la socialisation et par leur autonomie gagnée, évoluent au-delà des relations avec leurs proches. La puberté marque également à ces âges, une différence plus marquée des données physiologiques et hormonales entre les deux sexes. Ainsi confrontés à un environnement plus large, les adolescents se trouvent plus amplement influencés par une combinaison d'attentes

sociétales différenciées au regard du genre, de limitations personnelles, de différences de mode de vie, et du développement psychosocial qui en découle.

Les stéréotypes de genre concernant les adolescentes favorisent une position introversive, le poids de la pression normative sur elles, et sensibilisent aux facteurs de risque environnementaux des céphalées.

Le renforcement de ces stéréotypes appuie la différence établie sur la prévalence plus forte des troubles externalisés chez les garçons, et des troubles internalisés chez les filles, dont nous avons exposé l'association avec l'occurrence de céphalée.

c. Des disparités régionales constatées

Il existe une différence dans la prévalence des migraines au niveau mondial. Les chiffres sont significativement plus élevés en Europe et au Moyen-Orient, par rapport à l'Amérique du Nord et l'Extrême-Orient.⁵

Il semblerait qu'au-delà des données génétiques potentielles, les différences culturelles doivent être abordées pour permettre une compréhension plus fine de ces différences.⁵

3. Physiopathologie des céphalées primaires : un modèle bio-psychosocial

L'étude des céphalées chroniques permet de décliner une approche archétypale des modèles explicatifs de la douleur chronique.

Dans les années 1970, a émergé le concept de lecture « bio-psycho-sociale »⁸, comme paradigme compréhensif du phénomène céphalalgique chronique. Les trois niveaux offrent la possibilité d'une approche intégrative de la manifestation douloureuse comme agrégation d'éléments issus de l'inné, et de facteurs environnementaux largement reconnus dans le domaine des céphalées.

Dans le domaine pédiatrique, deux importantes limitations sont rencontrées dans l'élaboration de modèles explicatifs. La première concerne le strict et nécessaire encadrement de la recherche impliquant des enfants et adolescents. L'autre problématique soulevée, est l'applicabilité des résultats mis au jour dans la population adulte.

L'expérience clinique permet de formuler l'hypothèse d'une similarité dans les mécanismes sous-jacents, bien que les présentations soient plus subtiles, parfois incomplètes, rendant la démarche diagnostique plus délicate chez l'enfant et l'adolescent.

a. Une intrication neuro-vasculaire^{1,9}

Le circuit de la douleur activé dans les syndromes céphalalgiques, est en quelque sorte générique, avec une composante périphérique et centrale dont l'importance respective fait encore l'objet de débats.

La migraine est certainement le premier motif de recours aux soins, par sa fréquence et son intensité, dans le cadre des céphalées primaires de l'enfant. La disponibilité des données biologiques à ce sujet témoigne de l'intérêt que suscite cet objet d'étude, par contraste avec les CTT, dont les mécanismes restent peu élucidés, et ne seront pas détaillés dans les paragraphes suivants.

Sur le plan neuro-anatomique, les structures impliquées dans la production du signal douloureux se situent au niveau du système vasculaire endocrânien. Ces gros vaisseaux cérébraux, piaux, les sinus veineux, ainsi que la dure-mère, constituent le territoire d'innervation sensitif d'un plexus de fibres issues de la branche ophtalmique du ganglion trigéminé (V1). Ces fibres majoritairement amyéliniques, comporteraient des nocicepteurs.

Ces afférences de premier ordre conduisent le signal via le ganglion trigéminé (Ganglion de Gasser) vers les structures de second ordre situées dans le tronc cérébral : le noyau trigéminé dans sa partie caudale et les cornes dorsales des racines cervicales supérieures C1 et C2, constituant un véritable complexe fonctionnel Trigémino-Cervical (CTC), au-delà de la limite du noyau caudal du Trijumeau.

Le CTC projette, via le faisceau quinto-thalamique décussant dans le tronc cérébral, au niveau des neurones trigémino-thalamiques controlatéraux. L'activité du CTC peut être modulée par des afférences régulatrices issues des structures sus-jacentes :

- Les noyaux du Raphé
- Le Locus Coeruleus
- La substance grise périaqueducale
- De l'hypothalamus

Toutes ces structures, à l'exception du noyau du Raphé, possèdent également une activité modulatrice directe du thalamus.

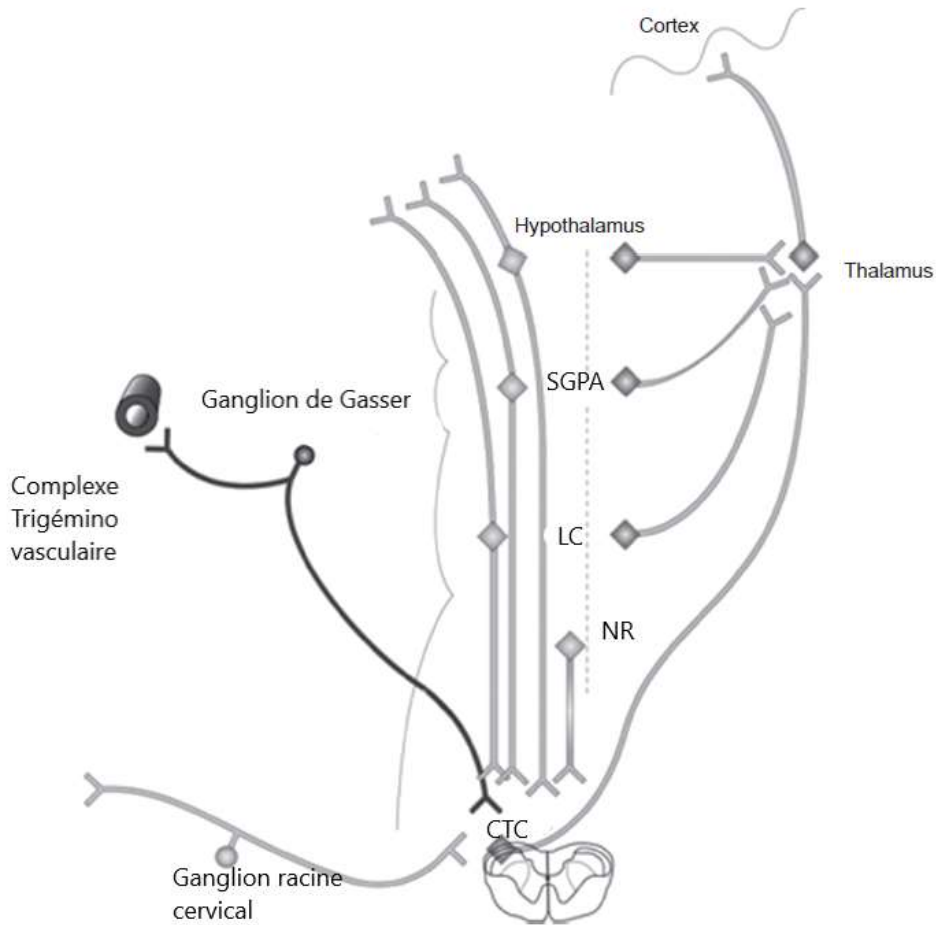


Figure 1. Le circuit neuronal de la céphalée migraineuse. (D'après Arafah I. *Childhood Headache*, 2nd edition, traduction libre)

Le processus douloureux relève très probablement d'une combinaison de facteurs directs, l'activation des nocicepteurs des structures intracrâniennes précitées, avec un déficit de la régulation au niveau central du seuil de perception douloureuse. L'importance de la contribution de ces deux éléments reste encore à déterminer à ce jour.

Au niveau neurophysiologique, la génération du stimulus nociceptif activant la voie trigémينية afférente peut être comprise au travers des modèles animaux, et de l'étude pharmacodynamique des antimigraineux couramment utilisés.

Une des composantes de la douleur serait constituée par une inflammation, issue de l'extravasation de produits plasmatiques neuronaux. L'extravasation de ces peptides peut être bloquée par les AINS ainsi que les Triptans, participant de leur efficacité clinique.

En complément, la stimulation du ganglion trigémينية produit des changements structuraux de la dure-mère, parmi lesquels la dégranulation de mastocytes et des remaniements post-capillaires au travers de phénomènes d'agrégation plaquettaire.

S'il est communément admis que de tels changements, en particulier l'initiation d'une réaction inflammatoire, constituent un stimulus douloureux, il n'est pas certain que cette condition soit suffisante dans le contexte de la céphalée migraineuse. Ce modèle inflammatoire seul semble dépassé, en attestent les échecs de nombreux candidats médicaments destinés uniquement à empêcher l'extravasation de protéines plasmatiques.

L'étude de la neurotransmission de la voie trigémينية a conduit à identifier un mécanisme de vasodilatation, conséquence de la libération de neuropeptides parmi lesquels le CGRP, dont la présence à des taux élevés a été démontrée à la phase céphalalgique de la migraine, et lors des exacerbations de CTT chronique. Il ne fait aucun doute que la vasomotricité joue un rôle dans la génération du signal nociceptif, pour autant, ces remaniements temporaires semblent être inconstants ou minimes, et une fois de plus ne pas pouvoir expliquer à eux seuls le phénomène douloureux.

Un troisième niveau est reconnu dans son rôle de régulation du signal nociceptif transmis, par le biais de l'intégration de l'information au niveau thalamique controlatéral, suivant la voie précédemment détaillée.

Finalement, les structures corticales sont également impliquées dans le traitement terminal de l'information douloureuse :

- Le Cortex frontal
- L'Insula
- Le Cortex cingulaire antérieur
- Les Ganglions de la base.

D'autres parties du cortex cérébral semblent jouer un rôle durant les crises douloureuses, notamment au niveau frontal, du cortex visuel et auditif associatif. Aucune de ces régions ne revêt évidemment de caractère spécifique, et la façon exacte dont elles interagissent entre elles reste encore à déterminer

Un autre élément clé de cette régulation réside probablement dans les aires du tronc cérébral activées lors de la céphalée, et dont l'activité reste détectée en imagerie fonctionnelle après l'arrêt de la douleur. L'hypothèse principale explicative de la chronicisation du phénomène migraineux implique un dysfonctionnement pérenne de ces voies régulatrices de second ordre et de troisième ordre.

Ainsi, la compréhension des notions d'anatomie et de physiologie du complexe trigémino-vasculaire et de ses structures régulatrices, permet de figurer la composante organique connue à ce jour, de la céphalée migraineuse. Les travaux les plus récents semblent donc indiquer que la migraine résulte plus d'une expression neuro-vasculaire couplée à un déficit dans la régulation centrale, que d'un phénomène perceptif périphérique d'origine vasculaire.

Il est intéressant de noter que nombre des structures anatomiques évoquées sont impliquées également dans la régulation émotionnelle, et entretiennent des rapports directs avec les bases neurobiologiques connues à ce jour des symptômes psychiatriques tels que l'anxiété et la dépression.

Dans cette même perspective, on peut s'interroger sur une parenté biologique entre les phénomènes migraineux et anxio-dépressif, à la lumière du mode d'action pharmacologique des triptans, traitement spécifique de la migraine, qui appartient à la classe des agonistes des récepteurs sérotoninergiques 5HT, principalement en périphérie mais également dans une certaine mesure au niveau du SNC.

Ces processus connaissent une maturation physiologique durant l'enfance et l'adolescence, offrant un substrat à la réflexion sur les modifications de l'expression clinique de la douleur et des signes associés se poursuivant souvent à l'âge adulte.

b. L'environnement psycho-social : facteur de stress

Comme exposé précédemment, les facteurs biologiques ne rendent pas parfaitement compte des conditions de déclenchement des céphalées, pas plus qu'ils n'expliquent seuls, l'exacerbation d'épisodes douloureux chez l'individu, ni l'altération de la qualité de vie engendrée.

Dans un modèle bio-psycho-social, la notion de stress joue un rôle clé dans la balance d'éléments conduisant à la céphalée. Ce concept en pratique clinique pose de nombreuses difficultés en ce qu'il renvoie à des éléments aussi peu spécifiques que divers, notamment au niveau interindividuel, car il peut recouvrir tout ou partie des définitions suivantes :

- Le nombre ou la portée d'évènements de vie, ou de difficultés du quotidien (le stress comme stimulus externe)
- Le répertoire de réponses physiologique mis en place (le stress comme processus)
- L'état émotionnel engendré
- L'état de limitation des facultés adaptatives de l'individu¹⁰

La notion de stress psychologique peut être définie comme un déséquilibre entre les demandes et les ressources perçues disponibles, résultant en une mise en tension du système biologique.

L'origine du stress psychologique peut se trouver dans la crainte d'une menace pesant sur le bien-être physique (par exemple, la crainte d'être blessé), la sollicitation de ressources cognitives (par exemple, tâche intellectuelle intense) ou encore de nature émotionnelle (par exemple, faire face à une perte).

Historiquement, ce concept est popularisé dans les années 1950 avec les travaux de Hans Selye¹¹, comme un phénomène standardisé d'adaptation générale, modélisé dans une interaction verticale ascendante, où peuvent se déclencher différents niveaux hiérarchiques de réponse, en vue du maintien de l'homéostasie interne.

Cette approche a été complétée au début du siècle actuel, par la théorie allostatique, proposant une vision plus dynamique et ouverte du retour à l'équilibre du système, permettant une compréhension de phénomènes aux limites moins nettes, comme dans le cadre des céphalées.

La réponse allostatique la plus commune implique l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien. En réponse à un stress, se produit une libération de Cortisol, de β -endorphine et d'autres hormones apparentées.

Le cortisol est une hormone stéroïde dont les effets sont notamment chronotropes et inotropes cardiaques, et sensibilisateurs des vaisseaux à la noradrénaline, rendant l'individu alerte face à la menace. Il est également un important immunomodulateur et possède une action anti-inflammatoire, permettant de prévenir un emballement néfaste du système immunitaire confronté à une potentielle atteinte physique.

La libération de cortisol se fait sous contrôle hypothalamique, en réponse à un facteur de stress, et déclenche collatéralement la libération de β -endorphine au puissant pouvoir analgésiant, atténuant la réaction à une éventuelle blessure.

Une cascade de rétrocontrôles positifs et négatifs permet de conserver la sécrétion de cortisol à des taux adaptés au stress présent, et une fois résolu, à une inactivation du système.

L'influence d'un stress chronique ou répété peut empêcher l'arrêt des mécanismes précités, c'est ce que l'on nomme le phénomène de surcharge allostatique, exposant aux conséquences pathologiques potentielles d'une imprégnation cortisolique et adrénergique.

Ces effets néfastes peuvent eux même être influencés par des facteurs comportementaux dont on sait qu'ils sont liés également à l'adaptation des individus aux événements de vie, tels que l'alimentation, le tabagisme, le rythme veille-sommeil.

Il est important d'ajouter à l'équation du facteur de stress et son intégration physiologique la notion d'évaluation, dans la dimension d'appréciation subjective du stress par l'individu qu'elle introduit.

L'évaluation primaire consiste en l'appréciation du niveau de menace que représente le stimulus, tandis que l'évaluation secondaire établit la perception du sujet de sa

capacité à y faire face au regard de ses ressources. Ces mécanismes permettent un étalonnage de la réaction physiologique.

Du point de vue de la psychologie comportementale, l'interaction entre variables psychologiques et physiologiques d'un facteur de stress, peut être comprise par le biais de la notion de conditionnement.

Dans le cas des céphalées, une illustration du propos pourrait être fournie par l'exemple suivant : l'anxiété et la crainte de la douleur peuvent conduire à la prise d'antalgique en prévention d'une crise.

En l'absence de douleur, et par la diminution de l'anxiété, le comportement de prise médicamenteuse s'en trouve renforcé. Un cycle de prise systématique d'antalgique peut ainsi se mettre en place, évitant par là aussi l'opportunité pour l'individu de se confronter à un épisode de douleur lié au stress. À terme, une certaine dépendance à cette stratégie peut se créer, dont l'efficacité peut diminuer au cours du temps, avec en conséquence une aggravation de la maladie, une diminution du sentiment de contrôle et de la qualité de vie, majorant le risque d'exposition au stress.

Ces considérations permettent d'établir une réflexion structurée sur la place des facteurs de stress dans la physiopathologie des céphalées, créant un état de vulnérabilité à la maladie, que l'on peut décliner de la façon suivante :

- Le stress comme un facteur prédisposant à la survenue de céphalées chez des individus vulnérables, via des données innées ou acquises.

Bien qu'il soit difficile d'établir une causalité linéaire en la matière, il semblerait que le niveau de réactivité au stress et d'anxiété, soit corrélé à la survenue de migraines.

- Le stress comme facteur précipitant et aggravant des crises céphalalgiques.
Ce lien est aujourd'hui bien établi, avec la présence souvent significative d'une majoration en fréquence ou en intensité des facteurs de stress en péri-crise.

- Le stress comme facteur indépendant de chronicisation, en plus de son influence certaine sur d'autres facteurs reconnus de pérennisation des céphalées tels que l'abus d'antalgiques, la fréquence élevée des crises, les traumatismes physiques, la consommation de caféine, ou l'obésité.

- Le stress et les facteurs d'adaptation à la céphalée : le handicap induit, les comorbidités psychiatriques et l'impact négatif sur la qualité de vie, peuvent tous refléter une mauvaise adaptation à la maladie. Des déterminants psychosociaux permettent d'étoffer la réflexion autour de la variabilité de cette adaptation, parmi lesquels le niveau socio-économique, les traits de personnalité individuels, l'existence d'une spiritualité, le niveau d'insertion sociale. D'autre part, les croyances individuelles autour de la céphalée ont un impact sur la qualité de l'ajustement, en particulier négativement lorsqu'elles impliquent le placement des facteurs liés à la douleur en dehors du contrôle de l'individu, ou la faible estime de l'individu de sa capacité à influencer.

- La céphalée peut enfin être considérée comme un facteur de stress à part entière, non seulement par son intensité et le handicap fonctionnel créé par la crise, mais également au travers de la dégradation de la qualité de vie et de la satisfaction sociale engendrée.

Les éléments de réflexion théorique développés, offrent un rationnel permettant la compréhension des facteurs psychosociaux identifiés dans la littérature comme étant corrélés aux céphalées. Multidimensionnels par essence, ils dépassent le cadre de l'individu seul face à sa maladie, particulièrement chez l'enfant et l'adolescent. Sans exhaustivité, les principaux éléments identifiés dans les céphalées pédiatriques sont les suivants :^{10,12}

- Facteurs de stress académiques, charge de travail, crainte de l'échec
- Pauvreté qualitative ou quantitative des relations avec les pairs
- Conflits intrafamiliaux, violences, divorce parental
- Problématiques financières familiales

Réciproquement, il a été démontré que le respect de temps de jeu libre constitue un facteur protecteur contre la survenue de céphalée chez l'enfant.

c. Une histoire familiale

Les céphalées, en particulier les migraines, ont un caractère familial important. Des modèles multigéniques sont avancés, notamment au travers de diagnostics expressément familiaux dans la classification ICHD tels que la migraine hémiplegique familiale, sans pouvoir parfaitement expliquer qu'avoir un parent souffrant de céphalées constitue un facteur de risque à part entière de céphalée pour l'enfant.

La deuxième partie de ce travail est consacrée à l'étude des facteurs familiaux identifiés dans la littérature comme corrélés à l'évolution de céphalée chez l'enfant et l'adolescent.

4. Abord psychopathologique des céphalées primaires de l'enfant.

Le paradigme bio-psycho-social, faisant référence dans le diagnostic, le traitement, et l'étude scientifique des céphalées de l'enfant, permet d'introduire une double lecture neuropédiatrique et pédopsychiatrique du phénomène, en ce qu'il explore l'articulation entre manifestations des registres psychique et corporel chez l'enfant et l'adolescent. Nous avons choisi de développer des notions issues du corpus psychanalytique afin d'éclairer la réflexion autour de ces processus, notamment au travers des troubles psychosomatiques.

Le modèle théorique psychanalytique postule un état initial du développement psycho-affectif de l'enfant marqué par une indifférenciation psyché-soma. Cette indifférenciation se manifeste sur le plan extrapsychique, comme signe de l'organisation intrapsychique, par le vécu de symbiose mère/bébé.

La sortie progressive de cette symbiose originelle se manifeste par la mise en place des processus d'attachement décrits par Bowlby¹³ dans les six premiers mois de vie, et aboutit à l'acquisition progressive d'une intersubjectivité dont témoigne la possibilité d'un « *accordage affectif* » tel que défini par Daniel Stern en 1989.

L'émergence du langage signe une étape importante de l'ontogenèse en ce qu'elle vient formuler la présence du Tiers, intégrée à la vie extrapsychique comme la reconnaissance de l'altérité et son corolaire sur le plan intrapsychique : l'accès au symbolique dans la fonction de pensée.

L'accès à la différence des genres, au jeu symbolique et au langage marquent l'avancée de ces processus de différenciation et autonomisation.

Ces mouvements développementaux sont corolaires de l'acquisition plus pérenne d'une séparation entre évènements intrapsychiques et extrapsychiques ^{14,15}

Dans une perspective psychopathologique psychanalytique le Symptôme, dans ce qu'il donne à voir du Sujet s'interprète comme un mécanisme défensif en lien avec une difficulté d'accès à une position différenciée, c'est à dire, d'un développement harmonieux de l'axe de l'autonomisation.

Dans ce cadre, le symptôme céphalalgique pourrait s'entendre, sur le plan du développement psychoaffectif intersubjectif, comme une difficulté de l'enfant et de l'adolescent à accéder à une position subjective respectant la différenciation soi/autrui.

Dans une méthodologie analogique l'équivalent du couple soi/autrui, en ce qu'il fait référence à ce qui est connu/inconnu peut figurer la dialectique conscient/inconscient, et ainsi se proposer comme un concept projectif de l'articulation psycho-somatique.

a. Historique

Le terme même de psychosomatique renvoie aux sources de l'Histoire de la médecine et de la philosophie, qui opposent les tenants d'une vision moniste, dans laquelle s'inscrit la théorie psychanalytique, et ceux d'une conception dualiste de l'être humain et de ses troubles.

Nous avons choisi de présenter un abord historique du concept de psychosomatique, afin d'illustrer la réflexion psychopathologique sur ce sujet.¹⁶

Sigmund Freud

Le terme psychosomatique n'apparaît pas en tant que tel dans les travaux de Freud. La notion de troubles dans l'articulation psyché-soma est développée au travers des concepts apparemment mutuellement exclusifs de psychonévrose et de névrose actuelle.

Le terme de psychonévrose apparaît précocement dans le corpus Freudien, et insiste sur l'origine psychogène des phénomènes étudiés dont l'hystérie.

La conversion se comprend en tant que transposition d'un conflit intrapsychique, et sa tentative de résolution, dans le théâtre somatique. Cette notion est indissociable d'un postulat économique de la vie psychique, où l'énergie libidinale ainsi détachée de la représentation refoulée vient s'écouler dans l'innervation somatique, réalisant un « *saut du psychique dans l'innervation somatique* ».

La symptomatologie convertive est marquée dans cette transformation, par l'importance symbolique qu'elle revêt. L'expression se fait par le corps des représentations refoulées. Aussi, le recours à ce mécanisme se ferait dans un contexte de « *complaisance somatique* » qui prédisposerait un sujet, ou plus spécifiquement, un organe, à la conversion.

Le concept de névrose actuelle est forgé par Freud initialement en opposition à la psychonévrose, par plusieurs caractéristiques.

Son origine n'est pas à rechercher au niveau des conflits infantiles, mais dans le présent. Par le biais d'un mécanisme de formation somatique, conséquence d'une stase libidinale au niveau d'un organe faute d'utilisation adéquate de cette énergie du fait de certaines conditions internes ou exogènes. Il n'est pas rattaché au symptôme de portée symbolique particulière, de par son origine somatique.

Le processus sous tendant cette formation serait l'existence d'un préconscient (tel que défini dans la première topique freudienne) fragile, bloquant l'activité de couplage des représentations mentales aux représentations de mots.

Les psychonévroses et névroses actuelles ne sont en fait pas radicalement opposées par Freud, en ce qu'il considère la névrose actuelle comme « *très souvent le stade précurseur du symptôme névrotique* ».

Il est donc exposé deux mécanismes de formation de symptômes somatiques, distingués par leur origine :

- Du psychique vers le somatique : conversif
- Du somatique vers le psychique : la somatisation.

Dans ce cadre référentiel le symptôme céphalalgique peut s'entendre comme une somatisation ou une conversion. Le mécanisme de somatisation tel que défini par Freud permet une lecture englobant les déterminants biopsychosociaux : le symptôme comme un défaut d'élaboration interne au sujet, ou témoignant de facteurs externes dépassant ses capacités d'adaptation.

École de Chicago

Franz Alexander, neuropsychiatre et psychanalyste hongrois, co-fonde l'École de Psychosomatique de Chicago dans les années 1930.

Son approche suggère d'opérer une distinction entre les troubles somatiques de conversion, commandés par le SNC, revêtant un caractère symbolique ; et les maladies psychosomatiques, ciblant les organes sous contrôle végétatif, comme une réponse à des états émotionnels persistants.

Ces derniers initialement réversibles, fonctionnels, peuvent dans la théorie de Franz Alexander évoluer en de véritables états pathologiques lésionnels, sous l'effet d'émotions prolongées.

Ses travaux tentent d'identifier des réponses d'organes spécifiques à certaines situations émotionnelles types, ce qui ouvrira la voie à considérer comme typiquement psychosomatiques certaines pathologies, aussi diverses que l'asthme ou l'hypertension artérielle.

Parmi les autres membres de l'École de Chicago, les travaux d'Helen F. Dunbar, ont eu pour objet de recueillir de manière longitudinale un nombre important de données mises en corrélation avec les différentes pathologies dont souffraient les patients inclus. Ces travaux l'ont conduite à postuler l'existence de personnalités types enclines à ces pathologies, offrant, en dépit de l'absence de causalité dans une corrélation, une tentative de mise en articulation somatique et psychique.

A la lumière de la théorie du stress, abordée précédemment, il est possible de lire le symptôme céphalalgique comme une réponse psychosomatique, telle que définie ici, face à un facteur externe, précipitant ou pérennisant le trouble.

Selon la théorie ici développée, il importe de faire la distinction entre organe interne et organe relationnel, dans la portée symbolique de la manifestation douloureuse. Cela occasionne une ambiguïté que l'on peut souligner en ce qui concerne le cerveau, invisible, mais relationnel par essence.

Max Schur

Médecin interniste et psychanalyste, Max Schur propose une lecture du fait psychosomatique au travers de la ligne développementale de l'enfant.

Il postule que des phénomènes, qu'il nomme « *désomatisation* » et « *resomatisation* » sont à l'œuvre dans le processus maturatif de l'enfant, passant d'un état indifférencié à une séparation entre psyché et soma. Ils témoignent d'une primauté des processus secondaires sur les processus primaires.

La désomatisation correspond au contrôle croissant des énergies psychiques par les moyens psychiques, au premier rang desquels le langage, plutôt que somatiques.

La resomatisation s'opère en cas de régression vers un régime primaire. Ce mouvement peut trouver son origine dans l'échec de la capacité du Moi à neutraliser l'agression.

Ce modèle peut particulièrement rendre compte des mécanismes à l'œuvre dans la psychosomatique de l'enfant dans sa conception « plastique », et en ce qu'il prend en considération l'éventuelle vulnérabilité du sujet du fait de facteurs innés prédisposant.

Ainsi, le symptôme céphalalgique peut rendre compte d'un processus de resomatisation dans le cadre d'une impossibilité de recours au processus de symbolisation.

L'école de psychosomatique de Paris

Sous l'impulsion de Pierre Marty et Michel de M'Uzan, fondateurs de l'École de psychosomatique de Paris, devenue par la suite l'IPSO, est popularisé dans les années 1960 le concept de *pensée opératoire*.

Ce concept témoigne, dans ce modèle, d'un mode de fonctionnement de l'individu le rendant susceptible aux manifestations psychosomatiques, par un déficit des capacités de mentalisation.

Dans ces « structures psychosomatiques », la pensée est dite opératoire, car attachée au concret, faisant peu cas de l'affectif. Les dysfonctionnements en causes se situeraient selon les auteurs au niveau du Préconscient, qui apparaît central dans sa capacité à assurer la « circulation » entre Inconscient et Conscient. Le traumatisme ne

peut être traité dans ce contexte, et aucune solution mentale ne peut y être apportée, par manque de moyens symboliques. Dans ce modèle, il n'y a donc pas de valeur symbolique au symptôme.

Léon Kreisler étend les concepts de l'IPSO à la psychosomatique de l'enfant. Dans cette perspective, la pathologie psychosomatique découle d'un échec de la mentalisation, et il introduit la notion de structures pouvant rendre vulnérable l'enfant à la manifestation psychosomatique, parmi lesquelles le « comportement vide » rappelant la « vie opératoire » de l'adulte. Ce déficit de représentations se constituerait dans un environnement sévèrement carencé sur le plan affectif.

Ainsi, le phénomène psychosomatique chez l'enfant, peut à la lumière de cette théorie être lu comme un mécanisme de réponse à une situation adverse.

Le symptôme céphalalgique apparaît comme une somatisation dans les modèles présentés, et l'hypothèse d'une corrélation avec un fonctionnement opératoire peut être formulée à partir des travaux de l'IPSO.

b. Somatisation ou conversion

Les modèles abordés précédemment permettent de dessiner les contours d'une interaction bidirectionnelle corps-esprit.

Les apports théoriques de Freud, de l'École de Chicago et de l'IPSO, font la distinction entre troubles psychosomatiques, dont la genèse se situe dans le corps, et troubles de conversion, d'origine intrapsychique.

Pour autant, ces concepts ne semblent pas s'opposer, mais plutôt opérer en dialectique, comme l'illustrent chez Freud la relation entre névrose actuelle et

conversion, et dans les travaux de Schur la mise en perspective développementale chez l'enfant.

Les différents travaux présentés permettent de formuler l'hypothèse de lecture du symptôme céphalalgique au travers d'un mécanisme préférentiel de somatisation, qui fera l'objet d'un développement en troisième partie de ce travail, au travers de trois cas cliniques rapportés.

Les implications en pratique clinique sont multiples, et alimentent la réflexion de ce travail sur l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire des enfants souffrant de céphalées chroniques et de leurs familles.

II.

Relation entre facteurs familiaux et douleur chez l'enfant souffrant de céphalées primaires : revue narrative de la littérature.

Introduction :

Le modèle bio-psycho-social retenu pour appréhender les céphalées de l'enfant, rend compte de la complexité du phénomène et de l'étroite intrication de facteurs environnementaux et psychologiques aux déterminants biologiques, dans la survenue des douleurs.

L'étude de ces patients révèle la présence fréquente de comorbidités psychiatriques, aux premiers rangs desquels les troubles dits internalisés, tels que l'anxiété et la dépression.

L'étude de facteurs environnementaux et leur possible corrélation à tous les stades des céphalées, leur profil d'évolution temporel, leur fréquence ou leur intensité, reste un fait peu analysé dans les données de la littérature. Certaines caractéristiques familiales, notamment dans la relation parent-enfant, semblent être particulièrement pertinentes au regard du phénomène étudié.

Les parents constituant généralement le premier recours de l'enfant formulant une plainte douloureuse, la nature et la qualité de leur réponse va influencer sur le comportement en lien avec la douleur. Un mauvais ajustement de la réaction parentale peut entraîner un fort retentissement sur l'adaptation de l'enfant à la céphalée.¹⁷

Du fait de l'importante prévalence des céphalées primaires en population pédiatrique, et de leur retentissement majeur sur la qualité de vie des enfants et adolescents, mais aussi de leur famille, il nous a semblé important de pouvoir préciser l'influence que les parents peuvent avoir sur l'évolution de ces manifestations chez leur enfant.

Dans cette revue nous exposerons dans un premier temps l'influence des attitudes parentales générales, et particulières à la crise, dans l'évolution des céphalées. La seconde partie sera consacrée aux déterminants psychoaffectifs de la réponse parentale ainsi mise en œuvre.

Matériel et Méthode

Pour cette revue narrative, la base de donnée PubMed a été explorée en utilisant les formules de recherche suivantes :

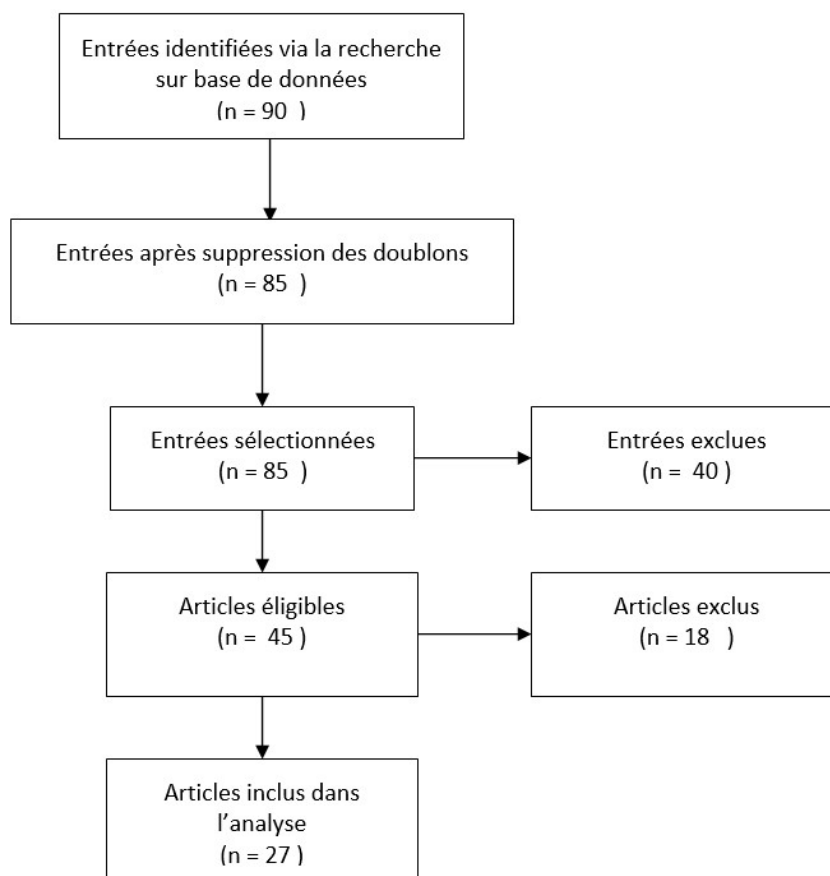
« *children headache family impact* »

« *parenting style children headache* »

« *alexithymia parent headache* »

La sélection des articles inclus dans l'analyse s'est faite sur la base de leur pertinence relative au sujet d'étude.

Diagramme de Flux



Résultats

1. L'influence parentale sur la céphalée de l'enfant.

La gestion de douleurs chroniques chez l'enfant, en particulier de céphalées, est un défi au quotidien, car les conséquences négatives se retrouvent chez l'enfant et son environnement. De hauts niveaux de stress, de symptômes anxieux et dépressifs sont retrouvés, et vont de pair avec un sentiment général d'infériorité par rapport aux autres et d'impuissance face aux événements adverses.¹⁸ Les perturbations de la vie

quotidienne en lien avec la douleur sont nombreuses : examens médicaux, arrêts « enfant malade », diminution du temps de loisir etc.

Pour les parents, la présence de céphalées chroniques chez leur enfant ou adolescent peut constituer un facteur de stress à part entière. Ce haut niveau de stress induit peut à son tour, dans une relation circulaire, affecter l'expérience douloureuse de l'enfant dans son ensemble, comportemental et psychoaffectif.¹⁹

Dans une étude comparant des adolescents souffrant de céphalées primaires chroniques avec un groupe contrôle, il a été mis en évidence une association significative entre la fréquence des crises douloureuses, et un niveau plus élevé de stress parental.²⁰

Le préalable nécessaire à une intervention parentale ajustée consiste en la reconnaissance de l'existence, et de la nature des symptômes dont souffre l'enfant ou l'adolescent.

Dans une étude menée chez des enfants en âge scolaire, pour lesquels un diagnostic de céphalée primaire a été retenu selon les critères ICHD, la proportion de parents capables de rapporter l'existence de ces symptômes a été évaluée à plus des 2/3 des répondants.²¹ Cette donnée suggère une relative facilité pour la majorité des parents à repérer la maladie de leur enfant.

Les facteurs les plus pertinents identifiés comme pouvant influencer sur le niveau de reconnaissance étaient la présence de symptômes objectifs et spécifiques (tels que les douleurs caractéristiques, pulsatiles, avec nausées, photo et phonophobie), survenant chez une fille, la position d'aîné de la fratrie et des antécédents familiaux de céphalée.²¹

Ces données peuvent être mises en perspective avec le caractère peu spécifique des douleurs de CTT, moins clairement associées à un antécédent familial, suggérant une sous-estimation potentielle du phénomène et ses conséquences délétères.

Une étude similaire a été menée aux Etats-Unis sur un échantillon représentatif de 6483 adolescents, avec pour but d'évaluer le taux de concordance entre les douleurs rapportées par les parents et celles rapportées par leur enfant, et l'influence de variables sur ce taux telles que : le genre du parent interrogé, et de l'adolescent, son âge et le type de céphalée diagnostiqué.²² Les résultats montrent une différence significative d'adéquation entre les douleurs signalées par les parents et les adolescents.

L'analyse de cette différence a montré que les mères, ou plus largement toute autre personne de genre féminin en charge du soin primaire de l'enfant, étaient plus susceptibles de reconnaître des céphalées chez leur enfant que les pères. Cette différence se décline également dans le genre de l'enfant, rendant les mères plus enclines à reconnaître la douleur chez leur fils.

La plus grande précision des mères dans la perception des douleurs de leur enfant peut être attribuée à un facteur culturel communément rencontré en pratique : leur prise en charge plus fréquente des questions de santé de leur enfant, et réciproquement, la propension plus importante des enfants et adolescents à solliciter leur mère en cas de douleur.

La reconnaissance ainsi possible, appelle de la part des parents de l'enfant douloureux une réponse, dont les différents paramètres ont été étudiés dans leur rapport à l'évolution du trouble, et des comportements de l'enfant relatifs à l'expérience douloureuse, susceptibles d'influer sur son décours.

Dans une étude administrant le questionnaire *Parent Response Scale*, destiné à évaluer la perception des parents et de l'enfant, de l'attitude parentale relative aux céphalées, il a été montré qu'une réponse perçue par les parents comme négative (i.e. expression de colère ou de frustration) était associée à des comportements problématiques plus fréquents chez les adolescents. A contrario, une réponse perçue par les parents comme positive était associée à une moindre fréquence du retentissement fonctionnel de la douleur chez le plus jeune enfant.¹⁷

Cette situation particulière met en scène des styles de parentalité qui s'exercent, en se modifiant ou se renforçant au fil du temps et des épisodes douloureux qui se succèdent.

Les résultats précédemment exposés suggèrent qu'une attitude punitive généralisée peut résulter en une majoration des comportements problématiques chez l'adolescent souffrant de céphalées, alors qu'une attitude plus empathique et orientée vers le soutien peut les réduire. Ils précisent également une différence à opérer vis-à-vis des plus jeunes enfants, consistant en un renforcement positif lors des périodes libres de tout épisode douloureux, la proposition de distractions ou autres activités de décentrement lors d'une crise, ou bien la possibilité de ne pas réagir à certaines sollicitations de l'enfant paraissant non ajustées.

L'efficacité de ces stratégies plaide pour une plus grande sensibilisation des parents aux comportements à adopter face à leur enfant douloureux, selon son âge, avec pour objectif la diminution des comportements problématiques liés à la douleur.

Une autre étude comparant une population d'enfants migraineux et leurs parents à un groupe contrôle, analysait la présence de comorbidités psychiatriques (anxiété,

dépression et troubles du comportement alimentaire) en relation avec les attitudes parentales par le biais du questionnaire *Parenting Style Inventory*.²³

Les résultats ont montré que les parents d'enfants souffrant de migraines accordaient significativement moins d'autonomie à leur enfant, et adoptaient volontiers des comportements surprotecteurs, en comparaison au groupe contrôle.

Ces données peuvent être mises en parallèle avec les résultats d'une précédente étude, montrant la propension supérieure des parents d'enfants souffrant de migraines aux attitudes de surprotection, en comparaison cette fois-ci aux parents d'enfants souffrant de CTT.²⁴

Un autre aspect important, ayant fait l'objet de nombreuses études, est l'impact des céphalées sur la scolarité.²⁵

Etant donné le lien apparent entre le comportement de l'enfant souffrant de céphalées et l'attitude parentale, une étude a analysé l'influence du comportement parental sur le fonctionnement scolaire d'adolescents souffrant de migraines et de CTT.²⁶ Les résultats ont identifié une relation entre attitude surprotectrice parentale et les difficultés scolaires, particulièrement pour ceux souffrant de CTT, en comparaison au groupe migraine. Pour expliquer ces données, les auteurs ont indiqué le rôle probable que jouent la fréquence plus élevée et le profil temporel plus long de l'évolution des CTT, par rapport aux migraines. De ce fait, également, les adolescents souffrant de CTT présentaient des taux plus élevés d'absentéisme.

Le facteur scolaire étant largement identifié dans la littérature, et repéré usuellement par les familles, comme précipitant l'apparition d'épisodes douloureux, la réticence des parents à y confronter leur enfant, par excès de protection, peut comme le suggèrent

ces résultats agir en renforçateur de comportement d'évitement scolaire de leur enfant, et ainsi favoriser leur pérennité.

Les comportements des parents avec leur enfant souffrant de céphalée peuvent être mis en perspective avec une autre donnée établie de la littérature, la fréquence de l'antécédent au premier degré.

Concernant les migraines avec et sans aura, il est établi qu'avoir un parent souffrant de migraine double quasiment le risque pour l'enfant de présenter la même céphalée.²⁷

Au-delà de la considération génétique pure, une hypothèse comportementale peut être formulée. Via l'apprentissage intergénérationnel, les comportements de l'enfant douloureux peuvent être influencés par ceux du parent souffrant de la même pathologie.²⁸

Par le biais d'un entretien téléphonique structuré, il a été démontré que les parents souffrant de migraines avaient statistiquement plus de difficultés de communication avec leur conjoint et leur enfant, rapportaient plus fréquemment des disputes intrafamiliales, se sentaient moins impliqués dans la vie de famille, et passaient moins de temps avec leur enfant.²⁹

Avoir un parent migraineux peut présenter des difficultés pour le fonctionnement général de l'enfant. Dans l'étude intitulée CaMEO (*Chronic Migraine Epidemiology and Outcome*) les auteurs ont recueilli des données directement auprès d'enfants dont un parent souffrait de migraine, par un questionnaire internet. Dans tous les domaines examinés, la perte du sentiment de soutien parental, l'interférence avec la vie scolaire, les événements de vie du quotidien, l'expérience émotionnelle ; l'impact négatif perçu par l'enfant était supérieur, en particulier pour ceux dont le parent présentait une maladie migraineuse chronique.³⁰

Les données d'une autre étude viennent préciser la nature de cette relation entre l'antécédent parental et l'enfant. La comparaison de deux groupes « mère et enfant souffrant de migraine » versus « mère souffrant de migraine et enfant non migraineux », a mis au jour la moindre influence négative, dans le premier groupe, des comportements liés à la douleur parentale.³¹ D'autre part, la fréquence de troubles internalisés chez l'enfant était plus élevée dans le groupe avec enfant sans migraine.

Ces résultats permettent de formuler des hypothèses réciproques à celle de la transmission de comportements problématiques liés à la douleur. Le fait, pour un enfant souffrant de migraine, d'avoir une mère présentant la même pathologie pourrait lui permettre de développer des stratégies adaptatives, ou de régulation émotionnelle, plus facilement que chez les enfants sans antécédent familial.

Les résultats présentés précédemment ébauchent l'importance spécifique des caractéristiques maternelles en relation avec les céphalées de l'enfant.

En comparaison d'un groupe contrôle, le groupe de mères souffrant de migraine rapportent une qualité de vie moindre, et plus de symptômes anxieux et dépressifs.³² L'impact de ces états, et plus généralement, de l'état émotionnel maternel, se fait ressentir sur la vie quotidienne de l'enfant, en particulier en ce qui concerne la socialisation et la scolarité.

Peu de publications ont interrogé les deux parents dans l'évaluation de la céphalée de leur enfant. Une étude a soumis un questionnaire aux deux parents, séparément, évaluant les caractéristiques de la céphalée (migraine épisodique, migraine chronique, CTT), la symptomatologie anxieuse et dépressive, et leur attitude face à leur enfant. Les résultats n'ont pas montré de corrélation entre l'attitude paternelle, et le développement de symptômes psychiatriques, et la sévérité de la manifestation

douloureuse. A contrario, dans le sous-groupe avec diagnostic de migraine chronique, il était mis en évidence une plus grande propension au comportement répressif ou autoritaire chez la mère, que dans les autres groupes.³³

L'importance de l'antécédent au premier degré a été soulevée précédemment comme facteur favorisant l'apparition de migraine chez l'enfant. La différence de genre du parent se décline également à ce sujet, mise en évidence par une étude de cohorte avec groupe contrôle, montrant une plus forte association entre migraine maternelle et survenue de migraine chez l'enfant.³⁴

Ces données permettent de conforter, en plus de la question de l'hérédité de la céphalée migraineuse, l'hypothèse d'une forte influence maternelle sur les comportements de l'enfant relatifs à la douleur.

2. Les déterminants psychoaffectifs à l'œuvre.

Nous avons montré comment les caractéristiques parentales, en particulier maternelles, leur comportement avec leur enfant malade, pouvaient affecter l'évolution de la céphalée en termes de fréquence ou de sévérité.

Dans cette section, il sera développé la question des éléments du registre psychoaffectif identifiés chez les parents, et dans leur relation avec leur enfant, et leur corrélation avec la céphalée de l'enfant.

Le développement normal de l'enfant, permet usuellement la mise en place de systèmes de contrôle des états émotionnels, en réponse à des facteurs internes ou externes, et de régulation des niveaux d'excitation, au contact du parent (entendu comme la figure assurant le soin primaire).

L'existence de difficultés de régulation émotionnelle, perçues ou exprimées par le parent, peut en conséquence, impacter la capacité de l'enfant à mettre en place des mécanismes harmonieux au niveau individuel.

Ces difficultés, voire, l'impossibilité à identifier et exprimer ses propres émotions définissent la notion d'alexithymie, en sémiologie psychiatrique.³⁵ Ce trouble émotionnel, accompagne des modalités de fonctionnement qui se rapprochent de ce que nous avons décrit par le concept de vie opératoire tiré des travaux de l'IPSO, en première partie, notamment la pauvreté de la vie fantasmatique.

Les enfants souffrant de migraines présentent des niveaux d'alexithymie supérieurs à leurs pairs sans migraine.^{36,37} Cette donnée est également étayée par une étude comparant un groupe dont les mères et les enfants souffraient de migraines à un groupe contrôle, montrant un niveau supérieur d'alexithymie chez les mères et les adolescents du groupe expérimental.³⁸

La question de la prépondérance des caractéristiques maternelles en relation avec les céphalées de l'enfant semble particulièrement pertinente à ce sujet. Il semble logique de penser que la capacité limitée à exprimer des sentiments positifs, à réguler ses émotions chez les mères alexithymiques puisse dégrader la qualité de la relation, et influencer sur les paramètres comportementaux de la réponse à l'évènement douloureux de leur enfant.

Il existe une relation entre alexithymie et style d'attachement, plus précisément, le style d'attachement dit *insecure* semble associé à un plus fort niveau d'alexithymie chez les individus, par opposition au style *secure*.³⁹

L'influence certaine entre les habiletés émotionnelles du parent et le style d'attachement de l'enfant permet d'envisager la relation, par ce biais, entre cette

caractéristique parentale et la céphalée de l'enfant, dont une étude a montré qu'un style *insecure* représentait un facteur de vulnérabilité commun à la sévérité des migraines et d'autre part à des plus forts taux de psychopathologie.⁴⁰

A cet aspect, s'ajoute la question des représentations du parent autour de la douleur de son enfant. Une représentation négative peut entraîner en réponse une attitude parentale non ajustée au phénomène vécu par l'enfant.

Parmi ces représentations, une modalité perceptive a été étudiée, et identifiée comme impactant de façon majeure le décours des céphalées : le catastrophisme. Ce terme peut être défini comme la tendance à percevoir exagérément la situation douloureuse, qu'elle soit actuelle ou anticipée.⁴¹ Cela suppose des mécanismes cognitifs tels que des ruminations focalisées sur la douleur, l'exagération de la menace présentée par la douleur (*magnification*) et un sentiment d'impuissance à faire face.

Lorsque le parent a des représentations catastrophistes au sujet de la douleur de son enfant, la surestimation du vécu douloureux de l'enfant entraîne une diminution de sa capacité à adopter des stratégies adaptatives efficaces.⁴² Ceci peut s'expliquer par l'interférence d'une attitude parentale inadaptée en réponse à l'évaluation biaisée, pérennisant des comportements problématiques de l'enfant, de nature à renforcer la douleur comme le suggèrent les données présentées en première partie.

Pour tous les facteurs présentés précédemment, nous avons discuté de l'importance de préciser l'origine paternelle ou maternelle de la variable étudiée, et le niveau de pensées catastrophistes répond également à cette distinction dans l'impact potentiel sur la céphalée de l'enfant.

Une étude incluant des enfants souffrant de céphalées chroniques et leurs parents, administrait un questionnaire destiné à évaluer le niveau de pensées catastrophistes

chez chacun des deux parents. Les résultats ont montré d'une part, un plus fort taux de pensées catastrophistes chez les mères, comparativement aux pères, et d'autre part une plus forte tendance pour ces mères, à rapporter un niveau de douleur plus important chez leur enfant, que les pères présentant le même biais cognitif.⁴³

La propension plus grande des mères à présenter des pensées catastrophistes a également été mise en évidence dans une autre étude, où la relation était également faite avec une attitude parentale plus restrictive.⁴⁴

La fréquence plus élevée de ce biais cognitif chez la mère doit être mise en perspective avec la charge qui lui incombe le plus souvent, d'accompagner leur enfant aux consultations médicales. En première ligne pour préciser les données anamnestiques recueillies par le médecin, l'évaluation maternelle peut pâtir dans sa précision du niveau de pensée catastrophiste chez le parent interrogé.

Discussion

De nombreux facteurs psychosociaux sont associés aux céphalées primaires de l'enfant, et il est difficile de préciser les contours précis de l'interaction avec le phénomène douloureux et son évolution. Qu'ils créent un état de vulnérabilité, ou bien soient consubstantiels à l'existence de céphalées, la certitude que l'on peut avancer est la nécessité d'une évaluation clinique précise de ces facteurs, et leur prise en compte dans toutes les stratégies de traitement.

D'un point de vue bio-psycho-social, la présence de céphalées primaires implique une intrication de l'expérience subjective de l'enfant, et de son environnement. Le premier horizon extérieur de l'enfant douloureux est la recherche de la proximité de ses figures d'attachement, avec lesquelles les interactions précoces ont déterminé un

style d'attachement dont l'importance a été souligné dans l'évolution des symptômes douloureux chez l'enfant, ici, les céphalées.

Les attitudes déployées par les parents, face à la symptomatologie de leur enfant, vont influencer sur le décours immédiat de l'évolution de la maladie mais aussi, par le biais de transmission de stratégies adaptatives fonctionnelles ou non, sur une potentielle tendance à la pérennisation.

Durant l'enfance, la capacité du parent à identifier et évaluer précisément la problématique de son enfant est un préalable indispensable à l'action entreprise pour y pallier. Cette évaluation se fait sous l'influence de son propre système de représentations autour de la douleur, souvent par son vécu personnel comme dans le cas des migraines, et de ses aptitudes émotionnelles comme nous l'avons développé en seconde partie.

L'action parentale se fait ainsi le reflet de modalités éducatives, certainement influencées elles-mêmes par les facteurs précités, qui par excès de précaution, ou de répression, peuvent s'avérer délétères pour l'évolution de la céphalée de l'enfant et de son retentissement.

Nous avons souligné la distinction entre l'origine paternelle et maternelle des différentes caractéristiques étudiées. La prépondérance des variables de la mère se décline pour toutes celles présentées ici. Ces résultats peuvent être mis en perspective avec la plus forte prévalence des migraines chez les femmes à l'âge adulte, en faisant une expérience qui les concerne *de facto* plus que les pères. D'autre part, ce déséquilibre mère/père peut s'expliquer par le rôle culturellement dévolu aux femmes, de la prise en charge de l'enfant malade pour les consultations et les soins. Ainsi placée en « première ligne », la mère est celle qui répond le plus

souvent au médecin consulté, ou dans le cadre des études, aux questionnaires proposés, dans la majorité des cas auto-administrés, marquant une autre limite des données présentées.

Apports de la Revue de la Littérature

A la lumière des données présentées il nous paraît important de pouvoir impliquer la dimension familiale et de prendre en considération les caractéristiques environnementales dans les prises en charge d'enfants souffrant de céphalées primaires.

Le traitement devrait inclure, en plus des aspects pharmacologiques, une sensibilisation à la question des stratégies adaptatives à la douleur, parentales et de l'enfant, et le lien qu'elles peuvent entretenir, ainsi qu'une proposition de prise en charge pour les aspects psychoaffectifs lorsque cela semble pertinent.

III.

Approche Clinique.

En 2021, sous l'égide du Service de Neuropédiatrie du CHU de Lille coordonné par le Professeur Nguyen, a été débuté un programme d'Education Thérapeutique Patient (ETP) à destination d'adolescents souffrant de céphalées chroniques et de leurs parents.

Ce projet est né au contact des jeunes patients et de leur famille, et s'inscrit dans la pratique du service de la prise en charge aiguë et au long cours de ces enfants, par le biais de l'hospitalisation temps plein, et des consultations spécialisées.

Il répond au constat, appuyé par les différents axes développés en première et deuxième partie de ce travail, de la nécessité de rendre effective la vision d'une prise en charge bio-psycho-sociale pour ces pathologies.

A l'issue des travaux préparatoires à ces ateliers, l'accent a été mis sur la démarche pluridisciplinaire devant primer associant neuropédiatres, neuropsychologue et psychologue, infirmière et un interne en pédopsychiatrie.

Deux ateliers étaient proposés, le premier reprenant les mécanismes physiopathologiques à l'œuvre et la gestion vertueuse de la prise médicamenteuse. Le second était destiné à l'identification de facteurs environnementaux pouvant concourir aux céphalées, offrant par ailleurs aux patients la possibilité de se confronter à leur diversité.

En marge de ces deux séances, des évaluations individuelles étaient également proposées par les différents intervenants, dont des consultations d'évaluation pédopsychiatrique, conduites dans le service des consultations de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du CHU de Lille.

Les trois cas cliniques que nous allons présenter dans cette partie sont issus des entretiens menés entre avril et juillet 2021, dans le cadre de l'ETP Céphalées.

1. Objectifs et instruments de mesure

L'objectif principal de cette étude de cas est l'évaluation du type de fonctionnement psychopathologique chez des enfants souffrant de céphalées primaires chroniques.

Les objectifs secondaires consistaient en

- L'évaluation des comorbidités pédopsychiatriques chez l'enfant
- L'évaluation des représentations que l'enfant a de sa famille
- L'évaluation de la présence d'éléments correspondant aux critères de fonctionnement opératoire tels que décrits par l'IPSO.

2. Aspect règlementaire et déontologiques

Une demande a été faite d'une validation par la CNIL de la méthodologie via l'établissement du CHU de Lille.

Pour préserver le secret médical et les aspects de confidentialité des adolescents et de leur famille, tous les prénoms ont été modifiés.

3. Instruments de mesure.

L'évaluation de chaque item défini dans la section objectifs (III.1) s'est appuyée sur l'utilisation de supports et d'outils choisis à cet effet :

- Le Dessin de Famille :

L'évaluation psychopathologique de l'enfant (objectif principal), s'est faite au travers de la réalisation d'un test projectif : le dessin de famille.

Ce support projectif permettait également l'évaluation des représentations que l'enfant a de sa famille (objectif secondaire).

L'analyse de ce dessin s'est faite suivant la grille d'évaluation pratiquée dans le service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du CHU de Lille, d'après les travaux du Professeur Jardri et du Professeur Medjkane publiés en 2015. La cotation de la grille s'est faite conjointement avec le Professeur Medjkane.

Quatre catégories d'éléments sont analysées par cet outil : la réalisation du dessin, l'analyse du contenu graphique, l'analyse du contenu verbal et l'évaluation de la qualité de la relation à l'examineur. Elle est reproduite en annexe à ce travail (Annexe 2.)

La réflexion psychopathologique est ensuite guidée, à la lumière des données recueillies quant à la nature de l'anxiété prévalente chez l'enfant (anxiété de morcellement, de perte d'objet ou de castration), le type de relation d'objet (fusionnelle, anaclitique ou génitale) et les mécanismes de défenses.

Ces éléments permettent de formuler une hypothèse d'organisation psychopathologique du sujet : névrotique, psychotique ou anaclitique. Elles sont directement tirées des travaux de Jean Bergeret, psychiatre et psychanalyste français, dans l'ouvrage *Abrégé de psychologie pathologique* ⁴⁵

D'après Bergeret, la notion de structure telle qu'employée en psychopathologie de l'adulte implique une stabilité qui n'est pas appropriée à la clinique infantile, appréhendant un sujet en développement. Les termes de *structuration* et *d'organisation pathologique* sont employés pour décrire un phénomène progressif dans sa constitution, pouvant se configurer de façon stable à un moment, mais susceptible de se remanier.⁴⁵

Trois organisations principales sont retenues dans la grille :

- L'organisation névrotique

La perception de la réalité se fait sans confusion entre soi et autrui, l'intra et l'extra psychique.

Les désirs propres de l'autre sont reconnus, et différenciés de ceux du sujet. La relation d'objet est dite *génitale*. La différence entre les sexes et les générations est intégrée, ainsi que la possibilité d'une conflictualisation des relations.

Le type d'angoisse prévalent est *l'angoisse de castration*.

Les mécanismes de défense principalement associés sont : le refoulement, la formation substitutive, la formation réactionnelle, la formation de compromis, la formation de symptômes, l'annulation, la dénégation.

- L'organisation état-limite

Pour l'enfant confronté à un traumatisme affectif, le Moi encore « *immature et inorganisé* », ne donne pas encore la capacité d'y faire face. Cette expérience est alors intégrée comme une menace pour « *l'intégrité narcissique fondamentale* », dont le manque définit l'état-limite d'après Bergeret.⁴⁵

La relation d'objet est une relation dite *anaclitique*, définie par une quête perpétuelle d'étayage, et une impossibilité à supporter la solitude « *en étant à la fois séparé de lui en objet distinct et à la fois en s'appuyant contre lui* »⁴⁵.

Le type d'angoisse prévalent est *l'angoisse dépressive*, et les mécanismes de défense sont le déni, le clivage, l'étayage, l'idéalisation et l'identification projective.

- L'organisation psychotique

Elle est définie par Bergeret comme une « *indistinction entre le sujet et l'objet, par l'absence des limites du Moi, par l'indistinction entre pulsion fantasme et réalité* »

La relation d'objet est dite *fusionnelle*.

Le type d'angoisse prévalent est *l'angoisse de morcellement*, qui menace l'intégrité du sujet.

Les principaux mécanismes de défense sont le déni, la projection et l'identification projective.

- *Mini Neuropsychiatric Interview – Simplified Kid (MINI-S Kid)*

L'évaluation des comorbidités psychiatriques s'est appuyée sur la réalisation de la grille d'entretien standardisée MINI-S KID version 1.1 traduite en français et publiée en 2017.⁴⁶

Cette grille d'entretien diagnostique comporte 19 modules, reprenant les principaux diagnostics pédopsychiatriques en se basant sur les classifications du DSM-5 et de la CIM-10. Chacun des modules peut être soumis au parent, à l'enfant ou l'adolescent, de manière successive, ou exclusive selon les items abordés. Nous avons fait le choix de tous les soumettre à l'évaluation, bien que la grille laisse la possibilité de les sélectionner. La liste complète des modules est reproduite en annexe (Annexe 1.).

Par sa simplicité d'utilisation, notamment les réponses dichotomiques en OUI et NON, le MINI-s Kid permet un repérage diagnostique standardisé dans l'approche de la question soulevée des comorbidités.

- *Les critères de pensée opératoire (IPSO)*

Le dernier objectif secondaire, l'évaluation de la présence de critères d'une pensée dite opératoire, s'est appuyée sur un autre cadre de lecture psychopathologique,

directement issu des travaux de l'IPSO. Nous détaillons ici les éléments permettant d'éclairer la réflexion menée.

Le concept de pensée opératoire émerge dans les années 1960, et est défini par ses auteurs comme une carence de l'activité fantasmatique associée à une modalité particulière de fonctionnement psychique, dont les caractéristiques sont précisées comme « *une pensée consciente qui 1. Paraît sans lien organique avec une activité fantasmatique de niveau appréciable ; 2. Double et illustre l'action, parfois la précède ou la suit, mais dans un champ temporel limité* »⁴⁷

Le discours du sujet psychosomatique ne laisse apparaître aucune association qui ne soit liée à la matérialité la plus étroite des faits. Cette parole, démunie de valeur libidinale ne permet pas l'extériorisation de l'agressivité.⁴⁸

D'un point de vue économique, la voie préférentielle d'écoulement de l'énergie libidinale dans cette situation est celle du somatique.

4. Déroulé de la recherche

Trois entretiens pédopsychiatriques étaient proposés à l'adolescent et sa famille, de façon standardisée.

Lors du premier entretien, la grille d'entretien MINI-S Kid a été réalisée.

Le second entretien a permis la réalisation du Dessin de Famille.

Enfin, un dernier entretien, dont la forme était libre, a été proposé aux parents, permettant le recueil de données socio-économiques et anamnestiques dans une perspective familiale.

5. Présentation des cas cliniques

a. Nina

Nina est âgée de 15 ans, elle est l'aînée d'une fratrie de deux enfants. Ils vivent au domicile parental, un des parents travaille dans le secteur médico-social, l'autre est actuellement en recherche d'emploi.

Dans ses antécédents, on retient un bref suivi psychologique au sein de la consultation spécialisée Douleur Enfant, et en libéral, arrêtés au moment de l'entretien. Un antécédent au premier degré de migraine et de trouble dépressif est relevé.

Le suivi spécialisé en consultation de Douleur Enfant s'est fait à la suite de plusieurs épisodes de migraine avec aura, dont des auras du tronc cérébral, survenus depuis l'âge de 9 ans. Avant cette période, ses parents rapportent des maux de ventre récurrents.

Elle est actuellement scolarisée en classe de 3^e, ses résultats scolaires sont excellents. Elle pratique régulièrement des activités artistiques et sportives extra-scolaires. A plusieurs reprises au cours des entretiens, Nina se décrit comme « *stressée* », en particulier en contexte scolaire, et se dit très sensible aux changements survenant dans son environnement, ce qui est également appuyé par ses parents.

- MINI-S Kid

La passation du MINI-S Kid s'est faite au cours du premier entretien, en présence de Nina et de sa mère.

Pour la plupart des modules abordés, les questions dites « filtres » de la grille d'évaluation ont permis d'écarter l'hypothèse diagnostique.

Trois modules de la sphère anxieuse ont été explorés dans tous leurs items, et ont permis de formuler les hypothèses de l'existence des comorbidités psychiatriques suivantes chez Nina :

- Anxiété sociale
- Trouble panique passé, attaques de panique actuelles sans trouble panique
- Agoraphobie

Les deux premiers modules étaient exposés à Nina et sa maman, et ont coté des sous-catégories diagnostiques différentes. L'hypothèse diagnostique exposée ici s'est faite selon la technique du *best estimate*, telle que proposée par le mode d'emploi du test, à la lumière du recueil clinique.

- Dessin de Famille.



Lors du deuxième entretien, Nina est reçue seule, et il lui est soumis la consigne suivante « *Je vais te demander s'il est possible de faire le dessin d'une famille* ».

Elle se saisit immédiatement du matériel qui lui est proposé, tel que décrit dans la grille de cotation (Annexe 2.), et réalise le dessin sur la feuille blanche orientée horizontalement.

Aucun aménagement du dispositif n'est nécessaire et la réalisation s'appuie sur des capacités visuo-perceptives satisfaisantes. La présentation posturo-tonique pendant la passation semble ajustée.

Le dessin réalisé est monochrome (gris), au trait ajusté et continu, et est regroupé dans l'extrémité supérieure gauche de la feuille, occupant moins de 75% de l'espace graphique disponible.

Les éléments dessinés sont figuratifs, et représentent des bonhommes de type bonhomme avec membres à doubles contours, d'un niveau développemental inférieur à celui attendu. Dans ce contexte, nous interprétons cet élément régressif comme témoignant d'une bonne adhésion au support projectif proposé. Cette impression est confortée par l'attitude de Nina, qui s'amuse beaucoup de la situation de test, et exprime son « *impression d'être en maternelle* ».

La différence des sexes et des générations est présente. Il n'y a pas d'élément de décor, ni d'arrière ou premier plan figurés.

Nina dès le début de la passation dit « *Je vais le faire, mais je ne sais pas dessiner* » « *Je ne sais vraiment pas dessiner* », relevant de mécanismes de défense cotés en tant qu'annulation, et dénégation.

Sa posture assise en biais, tête appuyée sur la main, visiblement concentrée à la tâche proposée est cotée comme une formation de compromis.

La relation à l'examineur pendant la réalisation fluctuait, entre ajustée et évitante.

La consigne de relance du contenu narratif lui est soumise, une fois le dessin : « *Et si ça racontait une histoire qu'est-ce que ça serait ?* »

Le thème global choisi du dessin est « *ma famille en pique-nique* ».

Nina fait preuve de capacités de scénarisation spontanées, nécessitant cependant d'être soutenues dans un second temps : elle développe une situation initiale, sans problématique intercurrente ni temps de résolution.

« *La famille est heureuse, ils sont proches, il y a une bonne ambiance, ils font du vélo, vont à des concerts... Là ils prennent une photo* »

La réponse à la consigne narrative se fait, mais au détriment d'un contenu potentiellement agressif. Cette narration centrée sur la négation de l'agressivité, et le recrutement de défenses maniaques empêchent ici l'interprétation d'un contenu latent.

Les hypothèses formulées à l'issue de la passation sont les suivantes :

- Angoisse prévalente à type d'angoisse de castration
- Relation d'objet prévalente de type génitale.

L'ensemble de ces données permettent de formuler l'hypothèse d'une organisation prévalente de type névrotique.

L'analyse de la production de Nina pendant la passation du Dessin de Famille, qu'elle désigne comme « *sa famille* », permet de proposer également une interprétation concernant sa perception de la dynamique familiale, qui serait régie par un fonctionnement contrôlé et rigidifié, illustré au maximum, par la conclusion du dessin par « la photo », témoignant d'un processus de mise en tableau constituant une défense narcissique.

Ainsi, l'ensemble des éléments recueillis dans le cadre et dans les limites de cette situation d'évaluation projective, mettent l'accent sur le recours à une forte répression pulsionnelle entravant la production élaborative et de mise en sens des éléments affectifs ressentis.

Cette répression pulsionnelle apparaît se développer dans le cadre de capacités élaboratives satisfaisantes comme en témoigne le niveau de développement névrotique retenu.

Le symptôme céphalalgique dans ce contexte pourrait s'entendre comme l'expression d'une décharge libidinale dans le circuit somatique en lieu et place de la possibilité de se déployer au sein d'une activité élaborative créatrice.

Le symptôme céphalalgique pourrait donc ici s'entendre comme le signe de la répression pulsionnelle dans le cadre d'une production sympathique de l'ordre d'un processus de somatisation.

b. Myriam

Myriam est le second enfant d'une fratrie de deux, son grand frère vit en dehors du domicile familial. Les parents se sont séparés lorsque Myriam avait 3 ans, à ce jour elle n'a plus aucun contact avec son père, et ce depuis plusieurs années. Elle vit avec sa mère, qui occupe un emploi administratif dans le secteur associatif.

Au niveau de ses antécédents personnels, Myriam a bénéficié de plusieurs suivis spécialisés en milieu pédopsychiatrique, sur son CMP de secteur, également en psychothérapie libérale, depuis l'âge de 13 ans environ, dans un contexte de symptomatologie dépressive avec idéations suicidaires, mis en lien avec une notion de harcèlement scolaire. Elle a connu plusieurs périodes de déscolarisation, et de multiples gestes auto-agressifs par scarification ont émaillé le suivi, Myriam a également été hospitalisée au décours. Il n'y avait plus de suivi au moment de l'entretien.

Un contexte de violences physiques et psychologiques intrafamiliales a également été relaté par Myriam et sa mère.

Au niveau des antécédents familiaux on relève un antécédent au premier degré d'épisode dépressif.

Les premiers épisodes de céphalées sont intervenus vers l'âge de 14 ans, sous la forme de céphalées de tension inauguralement, évoluant progressivement vers un diagnostic de migraine chronique. Elle bénéficie d'un suivi spécialisé en neuropédiatrie dans ce cadre.

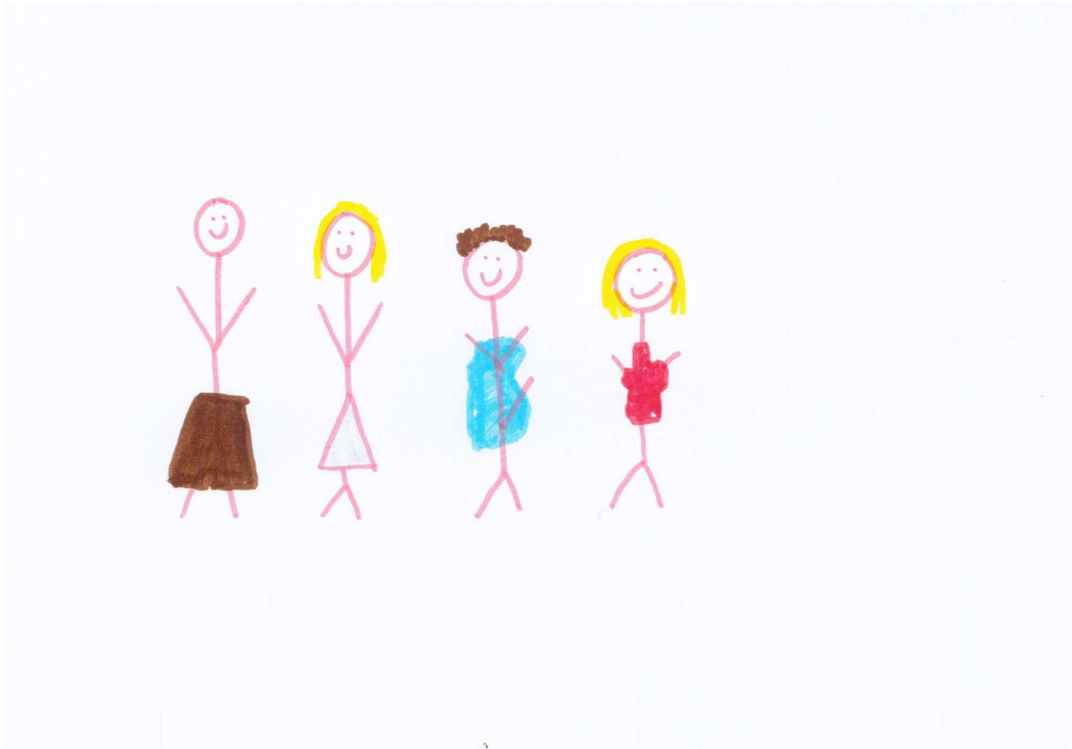
Myriam se destine aux études de médecine, elle a repris une scolarité normale depuis l'entrée au lycée. Elle apprécie le dessin, la peinture, et la musique qu'elle pratique. Elle se décrit comme une adolescente « *stressée* », sensible particulièrement au contexte scolaire et aux enjeux d'orientation.

- MINI-S Kid

Plusieurs modules ont été explorés pour Myriam, successivement par sa mère puis par elle. Les hypothèses diagnostiques, de comorbidités psychiatriques étaient toutes concordantes dans les deux volets abordés :

- Trouble dépressif récurrent
- Trouble panique passé
- Trouble de Stress Post Traumatique

- Dessin de Famille



Lorsqu'est soumise la consigne du dessin à Myriam, elle s'y prête aussitôt, et se saisit du matériel présenté sans nécessiter d'aménagement du dispositif.

La réalisation du dessin s'appuie sur des capacités visuo-perceptives satisfaisantes, occupe plus des trois quarts de l'espace proposé, orienté horizontalement. Le trait est ajusté et continu, et la production graphique polychrome.

Les bonhommes réalisés sont de type stylisé, correspondant au niveau développemental attendu à l'adolescence. Il n'y a pas d'arrière-plan ou d'élément de décor figuré. La différence des sexes est présente, cependant, de façon discordante, la différence entre les générations semble nettement moins marquée.

Au cours de la réalisation, et en particulier lors de la formulation de la consigne narrative, la présentation posturo tonique est fluctuante. Ajustée au début lors de la production graphique seule, dans le second temps, Myriam s'effondre en pleurs et la

recherche d'étayage est importante pour la poursuite de la passation, permettant de coter la relation à l'examineur au cours de la passation comme anaclitique.

Le thème global choisi pour la scénarisation était « *La famille normale va à la plage* ». La mise en place a nécessité d'être soutenue dès le démarrage et tout au long de la narration, manifestement éprouvante pour Myriam qui pouvait dire en sanglots « *Ne pas savoir quoi dire* ». Finalement une situation initiale, avec une problématique intercurrente et un temps de résolution ont pu être proposés.

Au cours de la passation plusieurs mécanismes de défense étaient relevés. L'identification projective, et la formation secondaire manifestent l'effraction du contenu traumatique, dans une reconstruction secondairement défensive.

Dans ce contexte, l'analyse de la situation projective a permis de formuler l'hypothèse d'une angoisse prévalente de perte d'objet, d'une relation d'objet de type anaclitique.

L'hypothèse d'une organisation psychopathologique prévalente de type état-limite peut être avancée.

Ainsi, l'ensemble des éléments recueillis, dans le cadre et dans les limites de cette situation d'évaluation projective, mettent l'accent sur une forte instabilité du fonctionnement psychopathologique.

Si les éléments recueillis témoignent d'un possible recours à des éléments élaboratifs, cette production nécessite un étayage particulièrement important et il persiste une forte instabilité de l'accès aux processus de pensée. Cette modalité d'abord de la proposition projective apparaît témoigner d'une modalité de relation à l'autre à la fois instable et marquée par une forte insécurité.

Les événements de vie potentiellement psycho traumatiques évoqués par la patiente et sa mère apparaissent congruents et sont décrits comme fréquemment associés à ces modalités de relations interpersonnelles et intersubjectives.

Ainsi dans ce cadre, le symptôme céphalalgique chronique présenté pourrait témoigner d'une fragilité narcissique du sujet en ce qu'il vient manifester la faiblesse des capacités d'auto-contenance et d'auto-réassurance.

Dans ce cadre le symptôme céphalalgique vient rendre compte de la fragilité des modalités de fonctionnement tout en témoignant là encore de l'espace de décharge pulsionnel qu'il peut représenter au regard de l'économie subjective.

Dans ce cadre la confrontation avec un événement psychotraumatique dépassant les capacités du sujet pourrait renvoyer à la déliaison des affects/représentations et de la nécessité d'une possibilité de décharge dans le circuit somatique dans ce qui se rapprocherait d'une production convertive. L'intensité du vécu affectif apparaît sidérer les capacités de refoulement possibles rendant compte du caractère effractant retrouvé au cours de cette passation.

c. Jonathan

Jonathan est âgé de 14 ans au moment de l'entretien. Il est le dernier enfant d'une fratrie de 3, vivant au domicile parental. Son père est agent des forces de l'ordre, et sa mère travaille dans les services à la personne.

Ses antécédents majeurs sont marqués par une cardiopathie congénitale ayant nécessité plusieurs hospitalisations en milieu spécialisé et interventions chirurgicales dès sa naissance, jusqu'à l'âge de 6 ans environ.

Un diagnostic de trouble dyspraxique et dysgraphique a été porté pour lui. Scolarisé en classe de 3^e au moment de l'entretien, il bénéficie d'aménagements dans ce contexte, et d'un suivi en orthophonie régulier de longue date.

Il n'a jamais rencontré de pédopsychiatre, ou de psychologue, et il n'est pas fait état d'antécédent particulier du registre psychiatrique dans la famille.

Jonathan bénéficie d'un suivi spécialisé en neuropédiatrie dans un contexte de migraine chronique, un antécédent familial est rapporté de migraine chronique chez son père.

Au cours des différentes rencontres, Jonathan s'est toujours montré très peu enclin à l'échange. Son entourage le décrit volontiers comme un enfant introverti.

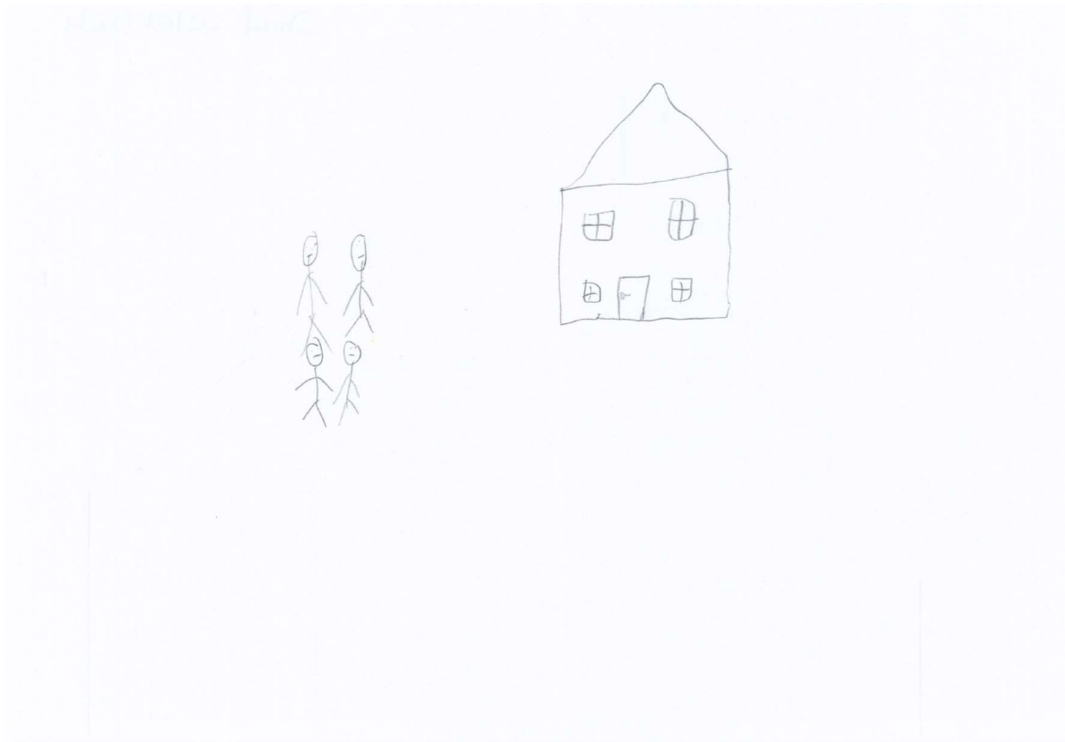
- MINI-S Kid

La quasi-totalité des modules explorés par Jonathan n'a pas dépassé les questions dites filtres, marquant une nette différence avec le volet soumis au parent qui a coté nettement plus d'items, sans pour autant remplir les seuils diagnostiques dans la plupart des cas.

Après relecture des données anamnestiques et ajustement selon le « *best estimate* » nous retenons les hypothèse diagnostique suivante le concernant :

- Attaques de Panique sans Trouble Panique
- Tics provisoires

- Dessin de Famille



Dès que la consigne de dessin lui est donnée, Jonathan se saisit du matériel qui lui est proposé et réalise le dessin sans délai, s'appuyant sur des capacités visuo-perceptives satisfaisantes, et sans aménagement du dispositif nécessaire.

Elle est réalisée en quelques secondes sans qu'aucune émotion saillante ne soit exprimée par Jonathan, qui apparaît d'emblée en opposition.

La production graphique occupe la plus grande partie de l'espace disponible de la feuille orientée de façon horizontale, elle est monochrome (gris). La qualité du trait est faible, mais continue.

Le contenu représenté est de type figuratif avec un bonhomme stylisé, correspondant au niveau de développement adolescent attendu. Le dessin comporte une maison en arrière-plan et une famille au premier plan, et des éléments de décor. A contrario,

l'absence de différence des sexes et des générations traduisent, dans ce contexte, le mouvement oppositionnel à l'œuvre lors de la passation.

La présentation posturo tonique reste stable tout au long de la passation, sans recherche d'étayage observée.

Lorsque la seconde consigne lui est formulée (« *Et si ça racontait une histoire, qu'est-ce que ce serait ?* »), le thème général énoncé par Jonathan est « *Des gens qui vivent dans une maison* » après soutien nécessaire au démarrage.

Malgré de nombreuses relances, aucune problématique intercurrente ni résolution n'est proposée dans la narration, marquant une fois de plus une attitude oppositionnelle.

Les mécanismes de défense apparaissant au cours de la passation étaient peu perceptibles du fait de son opposition, néanmoins, la formation de compromis a permis la réalisation des consignes.

Les hypothèses d'une angoisse prévalente de castration, notamment symbolisée par la maison, et d'une hypothèse d'organisation psychopathologique prévalente de type névrotique, ont pu être formulées.

Ainsi, l'ensemble des éléments recueillis dans le cadre et dans les limites de cette situation d'évaluation projective, mettent l'accent sur le recours à une forte opposition défensive entravant la mise en récit créative attendue.

Si l'ensemble des éléments recueillis témoignent de la possibilité de recourir à des capacités élaboratives satisfaisantes telles qu'attendues pour son âge, nous mettons en évidence une impossibilité, dans ce cadre considéré, de pouvoir s'y appuyer dans le cadre d'une relation interpersonnelle et intersubjective.

Malgré des capacités d'élaboration satisfaisante, la proposition narrative apparaît peu investie et le sujet ne témoigne pas d'une préoccupation vivante des dimensions affectives et émotionnelles. Ainsi, sous couvert d'une position opposante, nous mettons ici en évidence une difficulté à pouvoir s'appuyer sur son vécu affectif et émotionnel pour construire une représentation vivante et riche d'affect.

La perspective interprétative du symptôme céphalalgique pourrait s'appuyer sur les éléments décrits du fonctionnement opératoire tels que décrits par l'IPSO et pourrait venir témoigner d'une difficulté de mise en sens comme le propose le mécanisme à type de somatisation.

6. Analyse

L'inclusion des patients et de leur famille s'est faite selon la chronologie de leur réponse aux propositions d'entretien. Le hasard a voulu que puissent être ici rapportés trois cas en apparence très différents, notamment par leur histoire de vie personnelle et familiale.

Ces trois patients, ont été reçus dans le cadre de l'ETP Céphalée du service de neuropédiatrie, et bénéficient tous trois d'un suivi individuel de longue date dans cette indication. De ce fait, les présentations et leur retentissement étaient certainement plus sévères que celles rencontrées en population générale.

Rencontrer des patients ainsi sélectionnés n'est pas sans conséquence sur les hypothèses d'analyse qui peuvent émerger.

Concernant les comorbidités psychiatriques, il est intéressant de constater que les troubles de la sphère anxieuse étaient retrouvés chez les trois adolescents, avec une nette prédominance chez les Myriam et Nina.

Myriam elle, présentait en plus, des antécédents d'épisodes dépressifs.

Cette donnée semble aller dans le sens des éléments présentés précédemment dans la revue de la littérature, à savoir une association avec les troubles internalisés, plus marquée chez les adolescentes.

Cette clinique psychiatrique plus ou moins marquée chez les adolescents présentés, est certainement le reflet de l'association également soulevée précédemment, d'une évolution péjorative conjointe des céphalées et des troubles psychiatriques comorbides.

Pour Jonathan et Nina, l'hypothèse d'une organisation psychopathologique de type névrotique était retenue, témoignant de capacités élaboratives satisfaisante, au travers de deux situations projectives très différentes.

Chez Jonathan, la difficulté à s'appuyer sur son vécu affectif, sous couvert d'une passation défensive, semble se rapprocher des critères de pensée opératoire de l'IPSO, et permet de proposer une interprétation du symptôme céphalalgique dans un cadre de somatisation.

Pour Nina, les mécanismes de répression identifiés dans la situation projective, permettent de proposer l'interprétation du symptôme céphalalgique comme une décharge libidinale dans les voies somatiques.

Concernant Myriam, la mise en perspective de son histoire de vie avec la situation projective, appuie l'hypothèse formulée d'une organisation de type état-limite. Le

symptôme céphalalgique pourrait témoigner ici d'un processus de conversion, témoignant de la faiblesse de cette modalité de fonctionnement, dans le traitement de l'évènement traumatique. Le somatique représente ici aussi un espace de décharge préférentiel.

Conclusion

Dans cette série de cas le symptôme céphalalgique apparaît de l'ordre d'une somatisation pour deux des adolescents présentés et d'origine psycho-traumatique pour la troisième.

Ces résultats illustrent, à défaut de confirmer, la possibilité de production du symptôme céphalalgique selon une modalité de type somatisation.

Conclusion

Les céphalées constituent la plainte douloureuse la plus fréquente en population pédiatrique.

La grande majorité des enfants et adolescents qui en souffrent, n'expérimentent qu'un phénomène bénin, avec un retentissement modéré sur leur qualité de vie, et celle de leur entourage.

Les données de la littérature suggèrent une forte association entre les céphalées et les facteurs environnementaux et psycho affectifs. L'évaluation de ces aspects paraît particulièrement importante pour les manifestations récurrentes, dont la fréquence, allant souvent de pair avec la sévérité, impacte fortement les enfants et adolescents, ainsi que leur entourage.

Dans le domaine des céphalées, des mécanismes biologiques clés à la prise en charge clinique, le modèle bio-psycho-social s'est imposé comme paradigme de référence. Les différentes parties développées ont été à l'image de ce modèle, l'articulation d'une proposition de lecture pluridisciplinaire.

Le symptôme céphalalgique a donc été successivement présenté dans ses déterminants biologiques et catégoriels, et les données issues de la psychopathologie psychanalytique au travers du concept de psychosomatique.

Le premier interlocuteur de l'enfant douloureux est ses parents, la revue des données de la littérature a permis d'identifier plusieurs caractéristiques relationnelles et psycho affectives et de suggérer une corrélation avec l'évolution de la maladie. Cependant, le sens de l'influence de ces facteurs reste difficile à préciser, tant la relation semble circulaire avec les manifestations céphalalgiques.

Ainsi, une étude minutieuse des caractéristiques individuelles et familiales des enfants et adolescents souffrant de céphalées permettrait de proposer des stratégies thérapeutiques globales, dont l'évaluation de l'efficacité pourrait faire l'objet de travaux ultérieurs.

Si ce travail illustre toute l'importance de pouvoir évaluer les céphalées chroniques selon un modèle bio psycho social, il soutient le mode d'abord pluridisciplinaire afin de circonscrire au plus près les différents facteurs de pérennisation de la céphalée.

Les recommandations de bonne pratique de la HAS en 2004⁴⁹, réactualisées par la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) en 2014⁵⁰ se sont particulièrement attachées à préciser la démarche clinique et thérapeutique devant primer face à un enfant souffrant de céphalées chroniques, dans leur forme souvent la plus retentissante, les Céphalées Chroniques Quotidiennes (CCQ).

Elles précisent l'importance de pouvoir intégrer la démarche d'évaluation pédopsychiatrique, par la place accordée aux facteurs psychosociaux dans la survenue et l'évolution de ces troubles.

Dans une approche intégrative combinant, diagnostic catégoriel médical et lecture psychopathologique dimensionnelle, le pédopsychiatre peut par son intervention précoce dépister et traiter les troubles psychiatriques fréquemment comorbides, et tout au long du suivi, accompagner les stratégies d'identification et d'intervention sur les facteurs environnementaux en jeu, en soutien des familles d'enfant malades.

Annexe 1.

LISTE DES MODULES
pour les ENFANTS (8 à 12 ans) et les ADOLESCENTS (13-16 ans)
selon l'informant (PARENT ou ENFANT/ADOLESCENT)

				Informant : PARENT		Informant : ENFANT/ADO	
		DSM-5	CIM-10	8-12 ans	13-16 ans	8-12 ans	13-16 ans
DTSA	Dépistage du trouble du spectre de l'autisme	299.00	F84.0	X	X	-	-
EDCa	Episode dépressif caractérisé - Actuel	-	-	X	X	X	X
EDCp	Episode dépressif caractérisé - Passé	-	-	X	X	X	X
EM/EHMa	Episode maniaque/hypomaniaque - Actuel	-	-	-	X	-	X
EM/EHMp	Episode maniaque/hypomaniaque - Passé	-	-	-	X	-	X
	Trouble bipolaire de type 1	296.x	F31.x	-	X	-	X
	Trouble bipolaire de type 2	296.x	F31.x	-	X	-	X
	Trouble dépressif caractérisé	296.x	F32.x	X	X	X	X
ASP	Anxiété de séparation	309.21	F93.0	X	X	-	-
AS	Anxiété sociale	300.23	F40.10	X	X	X	X
TP	Trouble panique	300.01	F41.0	-	X	-	X
AGO	Agoraphobie	300.22	F40.00	-	-	-	X
AG	Anxiété généralisée	300.02	F41.1	X	X	X	X
TOC	Trouble obsessionnel compulsif	300.3	F42	X	X	X	X
TSPT /SA	Trouble stress post-traumatique Trouble stress aigu	309.81 308.3	F43.10 F43.0	X X	X X	X X	X X
DA-H	Déficit de l'attention / Hyperactivité	314.0x	F90.x	X	X	-	-
AN	Anorexie mentale	307.1	F50.0x	X	X	X	X
TUA	Trouble de l'usage de l'alcool	305.00/ 303.90	F10.10/ F10.20	-	-	X	X
TUS	Trouble de l'usage d'une substance autre que l'alcool	305.xx/ 304.xx	F11 à F19	-	-	X	X
TDC	Trouble des conduites	312.8x	F91.x	X	X	X	X
TO	Trouble oppositionnel	313.81	F91.3	X	X	-	-
TGT	Tics et Syndrome de Gilles de la Tourette	307.2x	F95.x	X	X	X	X

Annexe 2.

1. FICHE DE RECUEIL DESSIN

Réalisé au cours des deux premières semaines d'hospitalisation.

Consigne : « Je vais te demander, s'il est possible, de faire le dessin d'une famille. »

Relance évaluation du contenu narratif : « Et si ça racontait une histoire, ce serait quelle histoire ? »

Matériel : 3 feuilles de papier, 10 crayons de couleur, 1 crayon de bois.

Éléments de réalisation du dessin

▲ Présentation posturo tonique de l'enfant ou de l'adolescent durant la passation :

globalement hypotonique : oui non

globalement hypertonique et tendu : oui non

en recherche d'étayage : oui non

fluctuant : oui non

Utilisation usuelle du matériel : oui non

La réalisation s'appuie sur des capacités visuo perceptives satisfaisantes : oui non

Temps de latence de la réponse supérieur à 2 minutes : oui non

Répétition consigne : oui non

Aménagement du dispositif nécessaire oui non

▲ Utilisation feuille :

en hauteur - en largeur

utilisation de tout l'espace de la feuille (plus de 75 % de l'espace de la feuille est occupé par des productions graphiques): oui non

▲ Qualité du trait :

faible - ajusté - appuyé

continu - haché

^ Utilisation des couleurs :

monochrome : oui non

Si oui quelle couleur :

poly chrome : oui non

Analyse du contenu graphique : coter le plus haut niveau développemental ou plusieurs items si productions graphiques dysharmoniques.

^ Éléments pré figuratifs :

Traits : oui non

Courbes : oui non

Spirales : oui non

Cercles : oui non

^ Éléments figuratifs :

Bonhomme têtard : oui non

Bonhomme type avec tronc : oui non

Bonhomme avec membres à double contours : oui non

Bonhomme de profil : oui non

Bonhomme à l'adolescence :

Stylisé : oui non

Caricaturé : oui non

Différences des sexes : oui non

Différences des générations : oui non

Présence d'éléments de décor : oui non

Présence arrière-plan/ premier plan : oui non

▲ Eléments symbolisés :

De manière métaphorique (une représentation pour une autre):

De manière métonymique (une partie pour le tout):

Analyse du contenu verbal

Thème global choisi :

▲ Capacité de scénarisation :

Spontanée : oui non

Nécessite d'être soutenue au démarrage du récit « il était une fois » : oui non

Nécessite d'être soutenue toute la narration : oui non

▲ L'organisation du scénario :

Situation initiale : oui non

Problématique intercurrente : oui non

Temps de résolution : oui non

Relation à l'examineur pendant la réalisation :

Ajustée : oui non

Évitante : oui non

Adhésive : oui non

Anaclitique : oui non

Fluctuante : oui non

Hypothèses quant à la nature de l'angoisse prévalente:

Angoisse de morcellement : oui non

Angoisse de perte d'objet : oui non

Angoisse de castration : oui non

Hypothèses quant au type de relation d'objet prévalent :

Relation d'objet fusionnelle : oui non

Relation d'objet anaclitique : oui non

Relation d'objet de type génitale : oui non

Mécanismes de défense apparaissant au cours de la passation dans le contenu projectif et la relation à l'examineur :

Déni : oui non

Clivage : oui non

Projection : oui non

Identification projective : oui non

Formation réactionnelle : oui non

Formation substitutive : oui non

Formation de compromis : oui non

Annulation : oui non

Dénégation : oui non

Hypothèse d'organisation psychopathologique prévalente au cours de la passation :

Organisation de type psychotique: oui non

Organisation de type état-limite : oui non

Organisation de type névrotique : oui non

BIBLIOGRAPHIE

1. Abu-Arafeh I, *Childhood Headache*. 2nd edition. Mac Keith Press; 2013.
2. Cuvellier J-C. Céphalées et migraines de l'enfant. *EMC - Pédiatrie - Mal Infect*. 2013;8(2):1-12.
3. Amouroux R, Rousseau-Salvador C. Anxiété et dépression chez l'enfant et l'adolescent migraineux : revue de la littérature. *L'Encéphale*. 2008;34(5):504-510.
4. Dyb G, Stensland S, Zwart J-A. Psychiatric Comorbidity in Childhood and Adolescence Headache. *Curr Pain Headache Rep*. 2015;19(3):5.
5. Abu-Arafeh I, Razak S, Sivaraman B, Graham C. Prevalence of headache and migraine in children and adolescents: a systematic review of population-based studies. *Dev Med Child Neurol*. 2010;52(12):1088-1097.
6. Anttila P. Tension-type headache in childhood and adolescence. *Lancet Neurol*. 2006;5(3):268-274.
7. Kernick D, Campbell J. Measuring the Impact of Headache in Children: A Critical Review of the Literature. *Cephalalgia*. 2009;29(1):3-16.
8. Bakal DA. Headache: a biopsychological perspective. *Psychol Bull*. 1975;82(3):369-382.
9. Ashina S, Bendtsen L, Ashina M. Pathophysiology of migraine and tension-type headache. *Tech Reg Anesth Pain Manag*. 2012;16(1):14-18.
10. Nash JM, Theborge RW. Understanding Psychological Stress, Its Biological Processes, and Impact on Primary Headache. *Headache J Head Face Pain*. 2006;46(9):1377-1386.
11. The Physiology and Pathology of Exposure to Stress. A Treatise Based on the Concepts of the General-Adaptation-Syndrome and the Diseases of Adaptation. Hans Selye, M.D., Ph.D. (Prague), D.Sc. (McGill), F.R.C.S. (Canada). Montreal, Acta, Inc., 1950. *J Bone Joint Surg Am*. 1951;33(3):818-819.
12. Hammond NG, Orr SL, Colman I. Early Life Stress in Adolescent Migraine and the Mediation Influence of Symptoms of Depression and Anxiety in a Canadian Cohort. *Headache*. 2019;59(10):1687-1699.
13. Bowlby John. *Attachment and Loss . Vol. 1 . Attachment / John Bowlby*, 1969. Ed Pimlico; 1997.
14. Touchard A. Fait psychosomatique et développement affectif de l'enfant. Thèse de Médecine, Université de Lille 2008.
15. Tamarelle C. Les troubles fonctionnels d'expression sensitivo-motrice de l'enfant. De l'intérêt d'une lecture psychoaffective. Thèse de Médecine, Université de Lille 2009.
16. Medjkane F. Conditions de développement de la construction subjective contemporaine, Enjeux d'un dialogue interdisciplinaire. HDR, Université de Paris, 2019.

17. Wall BA, Holden EW, Gladstein J. Parent Responses to Pediatric Headache. *Headache J Head Face Pain*. 1997;37(2):65-70.
18. Eccleston C, Crombez G, Scofford A, Clinch J, Connell H. Adolescent chronic pain: patterns and predictors of emotional distress in adolescents with chronic pain and their parents. *Pain*. 2004;108(3):221-229.
19. Esposito M, Gallai B, Parisi L, et al. Maternal stress and childhood migraine: a new perspective on management. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:351-355.
20. Operto FF, Craig F, Pescechera A, Mazza R, Lecce PA, Margari L. Parenting Stress and Emotional/Behavioral Problems in Adolescents with Primary Headache. *Front Neurol*. 2018;8:749.
21. Sasmaz T, Bugdayci R, Ozge A, Karakelle A, Kurt O, Kaleagasi H. Are parents aware of their schoolchildren's headaches? *Eur J Public Health*. 2004;14(4):366-368.
22. Nakamura EF, Cui L, Lateef T, Nelson KB, Merikangas KR. Parent-Child Agreement in the Reporting of Headaches in a National Sample of Adolescents. *J Child Neurol*. 2012;27(1):61-67.
23. Kandemir G, Hesapcioglu ST, Kurt ANC. What Are the Psychosocial Factors Associated With Migraine in the Child? Comorbid Psychiatric Disorders, Family Functioning, Parenting Style, or Mom's Psychiatric Symptoms? *J Child Neurol*. 2018;33(2):174-181.
24. Claar RL, Simons LE, Logan DE. Parental response to children's pain: the moderating impact of children's emotional distress on symptoms and disability. *Pain*. 2008;138(1):172-179.
25. Rousseau-Salvador C, Amouroux R, Annequin D, Salvador A, Tourniaire B, Rusinek S. Anxiety, depression and school absenteeism in youth with chronic or episodic headache. *Pain Res Manag J Can Pain Soc*. 2014;19(5):235-240.
26. Kaczynski KJ, Claar RL, LeBel AA. Relations Between Pain Characteristics, Child and Parent Variables, and School Functioning in Adolescents With Chronic Headache: A Comparison of Tension-Type Headache and Migraine. *J Pediatr Psychol*. 2013;38(4):351-364.
27. Russell MB, Olesen J. Increased familial risk and evidence of genetic factor in migraine. *BMJ*. 1995;311(7004):541-544.
28. Hatchette JE, McGrath PJ, Murray M, Allen Finley G. Maternal influences in adolescents' pain self-management: A qualitative investigation. *Vulnerable Child Youth Stud*. 2006;1(2):159-169.
29. Lipton R, Bigal M, Kolodner K, Stewart W, Liberman J, Steiner T. The Family Impact of Migraine: Population-Based Studies in the USA and UK. *Cephalalgia*. 2003;23(6):429-440.
30. Buse DC, Powers SW, Gelfand AA, et al. Adolescent Perspectives on the Burden of a Parent's Migraine: Results from the CaMEO Study. *Headache J Head Face Pain*. 2018;58(4):512-524.
31. Arruda MA, Bigal ME. Migraine and behavior in children: influence of maternal headache frequency. *J Headache Pain*. 2012;13(5):395-400.

32. Güngen BD, Aras YG, Gül SS, et al. The effect of maternal migraine headache on their children's quality of life. *Acta Neurol Belg.* 2017;117(3):687-694.
33. Ertem DH, Bingol A, Ugurcan B, et al. The impact of parental attitudes toward children with primary headaches. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2019;24(4):767-775.
34. Børte S, Zwart J-A, Stensland SØ, Hagen K, Winsvold BS. Parental migraine in relation to migraine in offspring: Family linkage analyses from the HUNT Study. *Cephalalgia.* 2019;39(7):854-862.
35. <http://www.asso-aesp.fr/semiologie/outils-pratiques/dicosemiopsy/>.
36. Gatta M, Canetta E, Zordan M, et al. Alexithymia in juvenile primary headache sufferers: a pilot study. *J Headache Pain.* 2011;12(1):71-80.
37. Natalucci G, Faedda N, Quinzi A, et al. Alexithymia, Metacognition, and Theory of Mind in Children and Preadolescents With Migraine Without Aura (MWOA): A Case-Control Study. *Front Neurol.* 2019;10:774.
38. Cerutti R, Valastro C, Tarantino S, et al. Alexithymia and psychopathological symptoms in adolescent outpatients and mothers suffering from migraines: a case control study. *J Headache Pain.* 2016;17:39.
39. Meins E, Harris-Waller J, Lloyd A. Understanding alexithymia: Associations with peer attachment style and mind-mindedness. *Personal Individ Differ.* 2008;45(2):146-152.
40. Tarantino S, Ranieri CD, Dionisi C, et al. Role of the Attachment Style in Determining the Association Between Headache Features and Psychological Symptoms in Migraine Children and Adolescents. An Analytical Observational Case–Control Study. *Headache J Head Face Pain.* 2017;57(2):266-275.
41. Sullivan, M. J. L. The communal coping model of pain catastrophizing: Clinical and research implications. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 2012 : 53(1), 32–41
42. Vervoort T, Goubert L, Crombez G. The relationship between high catastrophizing children's facial display of pain and parental judgment of their child's pain. *Pain.* 2009;142(1-2):142-148.
43. Akbarzadeh G, Daniali H, Javdzadh M, Caes I, Ranjbar S, Habibi M. The Relationship of Parental Pain Catastrophizing with Parents Reports of Children's Anxiety, Depression, and Headache Severity. *Iran J Child Neurol.* 2018;12(1):55-66.
44. Caes L, Vervoort T, Eccleston C, Goubert L. Parents who catastrophize about their child's pain prioritize attempts to control pain. *Pain.* 2012;153(8):1695-1701.
45. Bergeret J. *Psychologie Pathologique : Théorique et Clinique.* 11th ed. Elsevier Masson; 2012.
46. Mini International Neuropsychiatric Interview For Children and Adolescents – Simplified (MINI-S Kid) for DSM-5 - French - Version 1.1 Hergueta & Weiller, 2017.
47. Marty P, de M'Uzan M. La Pensée opératoire. *Revue française de psychanalyse.* 1963:345-356.

48. Pheulpin M-C. *PIERRE MARTY*, « La “pensée opératoire” », en coll. avec M. de M’Uzan, *Revue française de psychanalyse*, 1963, t. XXII, n° spécial, 345-356 « La dépression essentielle », *Revue française de psychanalyse*, 1968, t. XXXII, n° 3, 595-598. Dunod; 2012.
49. CCQ (céphalées chroniques quotidiennes) : diagnostic, rôle de l’abus médicamenteux, prise en charge. *Haute Autorité de Santé*, 2004.
50. Lanteri-Minet M, Demarquay G, Alchaar H, et al. Démarche diagnostique générale devant une céphalée chronique quotidienne (CCQ) — Prise en charge d’une CCQ chez le migraineux : céphalée par abus médicamenteux et migraine chronique. Recommandations de la SFEMC, de l’ANLLF et de la SFETD. *Douleur Analgésie*. 2014;27(3):163-180.

AUTEUR : Nom : AZOUGUI

Prénom : Emmanuel

Date de soutenance : 14 septembre 2021

Titre de la thèse :

Céphalées primaires de l'enfant : des facteurs familiaux et psychoaffectifs
Revue de la littérature et étude de cas cliniques.

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : DES de Psychiatrie

Mots-clés : Céphalées primaires, céphalées chroniques, douleur, famille, pédopsychiatrie, psychopathologie, modèle bio-psycho-social, somatisation

Résumé :

Les céphalées primaires sont la première cause de plainte douloureuse en population pédiatrique. Leur diagnostic relève d'une approche clinique guidée par les critères de l'ICHD. Bénignes dans la majorité des cas, les formes chroniques, identifiées par leur fréquence et leur sévérité, ont un retentissement particulièrement délétère sur le fonctionnement général de l'enfant ou de l'adolescent et celui de son entourage. Des comorbidités psychiatriques, en premier lieu des troubles internalisés, sont fréquemment retrouvés. L'approche du phénomène des céphalées chroniques de l'enfant appelle une lecture globale, identifiée dans la littérature sous le terme bio-psycho-sociale. Ce paradigme permet d'articuler les données des connaissances physiopathologiques neurologiques avec les théories du stress, et les notions issues de la psychopathologie psychanalytique de somatisation et de conversion. Au regard de la littérature, une relation circulaire peut être établie entre les comportements parentaux et ceux de l'enfant douloureux. Aussi, des caractéristiques telles qu'un antécédent familial, la présence d'alexithymie, ou de pensées catastrophistes, peuvent influencer sur le comportement parental. Cette relation est plus marquée lorsque les données étudiées concernent la mère. L'étude de trois cas cliniques issus des patients de l'ETP Céphalées du service de Neuropédiatrie du CHU de Lille a permis d'identifier une organisation névrotique pour deux des adolescents, et une organisation état-limite pour le troisième. L'hypothèse de la présence de mécanismes de somatisation a été formulée chez deux d'entre eux. Chez les trois adolescents étaient retrouvés des troubles de la sphère anxieuse comorbides. Ces données semblent appuyer l'intérêt de l'intervention pédopsychiatrique dans une démarche intégrative, à tous les niveaux de la prise en charge de ces enfants et adolescents.

Composition du Jury :

Président : Professeur Renaud JARDRI

**Directeurs de thèse : Professeur François MEDJKANE
Docteur Justine AVEZ-COUTURIER**