

Troubles anxieux chez les adolescents : manifestations somatiques et facteurs de risque dans une cohorte marocaine

Abstract :

Les troubles anxieux représentent le trouble psychiatrique le plus fréquent chez l'enfant et l'adolescent, avec une prévalence estimée entre 8 % et 30 %. Ces troubles se distinguent d'une anxiété normale par leur persistance, leur intensité excessive et leur impact négatif sur le fonctionnement quotidien. Cette étude rétrospective descriptive porte sur 120 adolescents âgés de 11 à 18 ans suivis en consultation pédopsychiatrique au CHU de Marrakech entre 2021 et 2025, afin d'établir leur profil clinique, avec un accent particulier sur les manifestations somatiques. Les résultats montrent une prédominance féminine, une majorité de consultations initiées par des médecins généralistes, et des symptômes somatiques fréquents tels que tachycardie (25,5 %), gêne respiratoire (18,7 %) et céphalées (16,2 %). Les diagnostics les plus courants étaient le trouble anxieux spécifique (42,4 %), l'anxiété de séparation (30,3 %) et l'anxiété de performance (15,1 %). La dépression était la comorbidité principale (27 %). Tous les patients ont bénéficié d'une psychothérapie individuelle, et 25 % ont reçu un traitement médicamenteux principalement à base de Sertraline. Une rémission complète a été observée chez 32,5 % des patients. L'étude souligne l'importance d'une prise en charge précoce et globale des troubles anxieux chez l'adolescent, en particulier en présence de symptômes somatiques inexpliqués, afin d'améliorer le pronostic et la qualité de vie.

Mots-clés : troubles anxieux, adolescents, manifestations somatiques, pédopsychiatrie, comorbidités, psychothérapie, sertraline.

Introduction :

Les **troubles anxieux** constituent le trouble psychiatrique le plus fréquent **les plus** fréquent l'enfant et l'adolescent. Bien qu'ils soient souvent **sous-estimés dans cette tranche d'âge**, leur **prévalence**, estimée entre **8 % et 30 %**, en fait le **diagnostic pédopsychiatrique le plus courant** chez les jeunes âgés de **6 à 16 ans** (1). Contrairement à l'anxiété considérée comme **normale et adaptative**, les **troubles anxieux** se distinguent par des **réponses émotionnelles persistantes, excessives ou inappropriées**, entraînant une **altération du fonctionnement quotidien** de l'enfant ou de l'adolescent (2).

Objectifs de l'étude :

A travers notre article , nous visons à Établir le **profil clinique des adolescents suivis en consultation ambulatoire pédopsychiatrie au CHU de Marrakech**, pour des troubles anxieux en mettant particulièrement l'accent sur **les manifestations somatiques** et leurs caractéristiques cliniques, diagnostiques et évolutives.

Matériel et Méthodes :

Nous avons mené une **étude rétrospective** et descriptive au sein de notre formation portant sur les **dossiers de consultation des adolescents âgés de 11 à 18 ans**, recueillis entre **janvier 2021 et novembre 2025**

Résultats :

Un total de 120 demandes de consultations pédopsychiatriques a été formulés sur une période de 5 ans

Une prédominance féminine a été observée, avec un sex-ratio de 0,8 (Fig. 1).

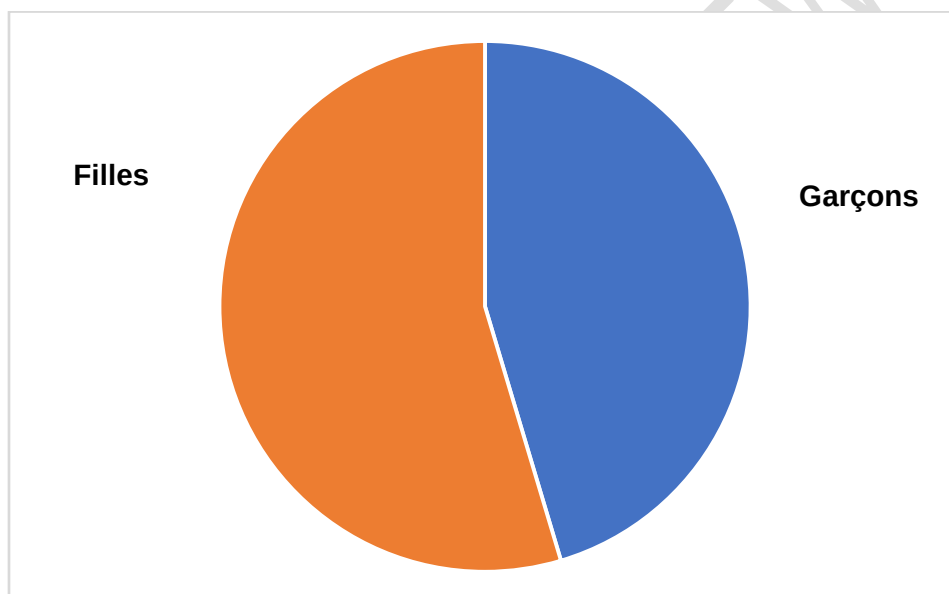


Figure 1 : Répartition du troubles selon le sexe

L'âge moyen des patients était de 13 ans, avec des extrêmes allant de 11 à 19 ans. La majorité des patients provenaient de la ville de Marrakech (84 %). Parmi les patients, 10 % étaient en 3^e année de collège et 12 % en 6^e année primaire. Seuls 30 % des patients bénéficiaient d'une assurance maladie.

La majorité des demandes de consultation provenaient des **médecins généralistes (63,1 %)** et des **pédiatres (30 %)**, tandis que les 7 % restants étaient adressés par d'autres professionnels : psychiatres adultes (3 %), médecins légistes (1,6 %), pédopsychiatres (1 %), chirurgiens (1 %) et

psychologues (0,4 %). Ces demandes étaient le plus souvent initiées par les professionnels de santé, mais certaines provenaient également de l'enfant, de ses parents ou de l'école. Les motifs de consultation étaient variés. La **majorité des demandes** (30 %) étaient liées à des **signes somatiques**, tels que douleurs thoraciques ou abdominales, céphalées, crises d'allure épileptogène, palpitations ou tremblements. Les **difficultés scolaires** représentaient 22 % des demandes. D'autres motifs incluaient : **idées suicidaires (10,08 %)**, **angoisse importante (9,24 %)**, **irritabilité (10,92 %)**, **troubles instinctuels (6,72 %)**, **bégaiement (3,36 %)**, **instabilité, agressivité ou mutisme sélectif (1,68 % chacun)**, ainsi que **retrait, isolement ou pleurs (0,84 % chacun)**. Ainsi, les demandes reflétaient un large éventail de troubles somatiques, émotionnels et comportementaux, mettant en évidence la diversité des besoins en pédopsychiatrie.

Parmi les patients, **33 % présentaient des antécédents médicaux**, principalement **l'asthme (11,72 %)**, **l'anémie (5,88 %)** et **l'épilepsie (3,52 %)**. **11 %** avaient des antécédents chirurgicaux, et **seulement 11 %** avaient déjà bénéficié d'un suivi psychiatrique pour une anxiété de séparation. Concernant les **antécédents psychiatriques familiaux**, plus de la moitié des patients (**53 %**) étaient concernés : **21,85 %** avaient une mère avec un trouble dépressif caractérisé, **12,6 %** une mère présentant un trouble anxieux, et **10,08 %** un membre de la famille avec un trouble lié à l'usage de substances.

Ces résultats mettent en évidence l'importance des antécédents médicaux et psychiatriques, tant personnels que familiaux, dans le profil des enfants et adolescents suivis en pédopsychiatrie. Parmi les adolescents étudiés **32 %** avaient été victimes de maltraitance, **9,24 %** avaient été confrontés au décès d'un proche et **7,56 %** avaient vécu le divorce de leurs parents. Ces événements de vie représentent des facteurs de stress importants pouvant impacter leur développement émotionnel et comportemental.

24 % des adolescents présentaient un retard de développement, pouvant influencer leur apprentissage et leur adaptation sociale. Et Entre 2 et 5 ans, **42 %** des enfants montraient un tempérament inhibé, caractérisé par une timidité marquée et une réserve face aux nouvelles situations.

L'évaluation des styles parentaux a révélé que **40 %** des parents étaient surprotecteurs, **17,8 %** hypercontrôlants, **17,8 %** laxistes, tandis que **25 %** des cas ne comportaient pas d'information disponible. Ces résultats soulignent la variété des pratiques éducatives.

Tout les patients qui se sont présentés en consultation avaient des signes somatiques d'anxiété. La fréquence des différents symptômes est présentée ci-dessous :

Symptôme	Fréquence (%)
Douleurs abdominales	7,97 %
Douleurs thoraciques	7,25 %
Dyspnée / gêne respiratoire	18,68 %
Céphalées	16,17 %
Tachycardie	25,54 %
Vertiges	11,9 %
Tremblements	4,35 %
Tension musculaire	1,45 %
Sueurs	1,45 %
Sensation de boule œsophagienne	0,72 %
Énurésie secondaire	3 %
Crises d'allure épileptique avec perte de connaissance	2,16 %

Tableau 1 :Fréquence des manifestations somatiques chez les adolescents présentant un trouble anxieux

Tout les patients verbalisaient une peur de séparation , une peur du regard de l'autre ou une peur de l'échec .
(ruminations excessives)

Concernant les troubles instinctuels , parmi les adolescents **près de la moitié (49 %)** présentaient des **troubles du sommeil**.et **14 %** présentaient une **diminution de l'appétit**.

Les diagnostics posés sont répartis comme suit :

Diagnostic	Pourcentage (%)
Trouble anxieux spécifique (TAS)	42,4
Anxiété de séparation	30,25
Anxiété de performance	15,13
Trouble panique (TP)	2,52
Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)	2,52
Trouble anxieux généralisé (TAG)	5,04
Phobie	1,68

Tableau 2 :Répartition des diagnostics de troubles anxieux chez les adolescents (%)

42, 4% TAS, Anxiété de séparation : 30,25% , Anxiété de performance : 15,13% , TP :2,52%, TOC :2,52 ,TAG :5,04%, Phobie :1,68%

Avec une principale comorbidité retrouvée qui est la dépression chez 27% des patients ,

(2% ayant un trouble dys 3% TOC 2% TSPT 1% DI).

Chez les adolescents, les troubles anxieux entraînent un retentissement psychosocial important. On note ainsi une diminution de l'estime de soi chez 35 % des patients, une baisse du rendement scolaire chez 46 %, un retentissement sur la vie sociale chez 55 % et des répercussions sur la vie familiale chez 30 % des adolescents. Ces données mettent en évidence l'impact significatif de l'anxiété sur le fonctionnement personnel, scolaire et familial.

Concernant la prise en charge, l'ensemble des patients a bénéficié d'une psychothérapie individuelle. Un quart des patients, soit 25 %, a également reçu un traitement médicamenteux, principalement à base de sertraline. La relaxation thérapeutique n'a concerné que 2 % des patients. Enfin, 30 % des patients ont participé à un atelier de groupe en hôpital de jour

On observe que tous les patients présentant une bonne observance du traitement ont évolué favorablement, avec un retour à leur fonctionnement antérieur. À l'inverse, la non-observance était principalement liée à l'éloignement géographique, à l'irrégularité des rendez-vous, à l'arrêt du traitement, au manque de conscience de l'importance du suivi, ainsi qu'à la présence de comorbidités.

Discussion :

L'anxiété représente une réponse émotionnelle et physiologique adaptative face à une menace perçue, participant au développement normal de l'enfant et de l'adolescent ; toutefois, les troubles anxieux se distinguent de l'anxiété normative par leur intensité excessive, leur persistance et leur retentissement significatif sur le fonctionnement social, scolaire et familial. Selon le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, ces troubles regroupent plusieurs entités cliniques, notamment l'anxiété de séparation, le mutisme sélectif, la phobie spécifique, le trouble d'anxiété sociale, le trouble panique, l'agoraphobie et le trouble d'anxiété généralisée. Nos résultats confirment que les troubles anxieux sont plus fréquents chez les adolescentes(2), en accord avec les données internationales qui montrent des taux plus élevés d'anxiété, de dépression et de comorbidités chez les filles(3). Cette vulnérabilité accrue semble résulter d'une interaction entre facteurs biologiques, tempéramentaux et psychosociaux(18). Plusieurs mécanismes peuvent l'expliquer : des facteurs biologiques liés à la puberté et aux

fluctuations hormonales, une réactivité émotionnelle plus intense et une meilleure capacité à verbaliser la détresse, ainsi que des facteurs psychosociaux tels que la pression scolaire et les attentes sociales(4). Ainsi, le sexe féminin apparaît comme un facteur de vulnérabilité reconnu dans le développement des troubles anxieux à l'adolescence(5).

L'étiologie des troubles anxieux à l'adolescence est clairement multifactorielle, combinant des vulnérabilités biologiques — telles qu'un tempérament inhibé, une prédisposition génétique et des mécanismes épigénétiques — à des facteurs psychologiques et environnementaux, notamment l'exposition précoce à des expériences adverses de l'enfance, comme la séparation ou le divorce parental, la violence, la négligence, ou la présence de troubles psychiatriques et de toxicomanie chez les parents(6). Ces facteurs peuvent induire un stress chronique précoce et entraîner des altérations durables des systèmes de régulation émotionnelle. L'ensemble de ces données suggère que les troubles anxieux résultent d'une interaction complexe entre caractéristiques individuelles (notamment le sexe), conditions somatiques (maladies chroniques) et facteurs familiaux (ACE, styles parentaux, antécédents psychiatriques), en accord avec le modèle biopsychosocial et neurodéveloppemental. Sur le plan neurobiologique, cette interaction se traduit par une hyperactivation de l'amygdale, une hypoactivation du cortex préfrontal et une dysrégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, contribuant simultanément à l'intensité des réponses émotionnelles et à l'apparition de manifestations physiologiques caractéristiques des troubles anxieux.

Le contexte familial joue un rôle central dans l'apparition et le maintien des troubles anxieux à l'adolescence. Une méta-analyse américaine récente (2025) portant sur l'anxiété sociale montre que les styles parentaux contrôlants, caractérisés par la surprotection et le contrôle psychologique, sont significativement associés à une augmentation des symptômes anxieux, tandis que la chaleur parentale exerce un effet protecteur(7). Par ailleurs, les adolescents ayant un parent atteint d'un trouble anxieux ou dépressif présentent un risque multiplié par deux à trois de développer un trouble similaire, risque qui s'explique à la fois par la transmission génétique de vulnérabilités émotionnelles et par des mécanismes environnementaux tels que la modélisation de comportements anxigènes et l'exposition à un climat familial marqué par un stress chronique(8). Dans notre étude, des antécédents psychiatriques familiaux étaient retrouvés chez 53 % des patients, principalement des troubles de l'humeur (21,85 %) et des troubles anxieux (12,6 %), avec également des troubles liés à l'usage de substances chez un membre de la famille, et 40 % des adolescents évoluaient dans un environnement caractérisé par des pratiques parentales surprotectrices ou hypercontrôlantes, renforçant l'hypothèse d'un rôle déterminant des dynamiques familiales(9).

En outre, 33 % de nos patients présentaient une pathologie chronique telle que diabète, épilepsie ou anémie, confirmant le rôle des maladies somatiques comme facteur de stress durable, tandis que 32 % rapportaient des événements de vie difficiles(10). Un tempérament inhibé était observé chez 42 % des adolescents et 24 % présentaient un retard de développement susceptible d'entraver l'adaptation sociale et scolaire. L'ensemble de ces données confirme que les troubles anxieux à l'adolescence résultent d'une interaction complexe entre facteurs individuels (notamment le sexe), facteurs somatiques (maladies chroniques) et facteurs familiaux (ACE, styles parentaux, antécédents psychiatriques parentaux), en cohérence avec le modèle biopsychosocial décrit dans la littérature internationale(11).

L'expression symptomatique était dominée par des manifestations somatiques comme des céphalées, tachycardie, gêne respiratoire associées à des conduites d'évitement et des troubles du sommeil, retrouvés chez la moitié des patients. Nos résultats concernant les manifestations somatiques sont en accord avec les données de la littérature internationale(12), qui rapportent une forte prévalence de symptômes tels que les douleurs abdominales(13), les palpitations et les troubles musculosquelettiques chez les adolescents anxieux. Cette fréquence élevée peut s'expliquer, d'une part, par une meilleure sensibilisation des cliniciens à la reconnaissance de l'anxiété à travers les signes physiques(14), et d'autre part par les remaniements corporels propres à l'adolescence. À cet âge, le corps occupe en effet une place centrale dans la vie psychique et constitue un vecteur privilégié d'expression de la souffrance émotionnelle, mais également un moyen de relation et de contact avec l'autre(15). Sur le plan clinique, le trouble d'anxiété sociale constituait la forme la plus fréquente et la dépression la comorbidité principale.(18,19)

Sur le plan thérapeutique, nos résultats s'alignent sur les recommandations actuelles privilégiant la psychothérapie individuelle comme traitement de première intention, le recours aux inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine tels que la Sertraline étant réservé aux formes modérées à sévères(20, 21). Enfin, le retentissement fonctionnel observé sur les sphères scolaire et sociale souligne l'importance d'un repérage précoce et d'une prise en charge globale afin de prévenir la chronicisation et les conséquences développementales à long terme(22,23).

Conclusion :

Les troubles anxieux sont les troubles psychiatriques les plus fréquents à l'adolescence, avec une prédominance chez les filles. Leur survenue résulte d'une interaction complexe de facteurs biologiques, psychologiques, somatiques et environnementaux, soutenus par des mécanismes neurobiologiques impliquant l'amygdale, le cortex préfrontal et l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien. Devant toute symptomatologie somatique inexpliquée, ces troubles doivent être systématiquement envisagés.

Une évaluation globale et une prise en charge précoce, combinant psychothérapie et traitement pharmacologique si nécessaire, permettent d'améliorer significativement le pronostic et la qualité de vie des adolescents(24).

References :

1. SacklPammer P, ÖzlüErkilic Z, Jahn R, et al. Somatic complaints in children and adolescents with social anxiety disorder. *Neuropsychiatrie*. 2018;32:197-204. doi:10.1007/s40211-018-0288-3
2. Essau CA, Conradt J. Quality of life in anxious adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2017;11:35. doi:10.1186/s13034-017-0173-4
3. Pinquart M. Anxiety in children and adolescents with chronic physical health conditions: an updated meta-analysis. *J PediatrPsychol*. 2025;50(9):870-887. doi:10.1093/jpepsy/jsad016
4. Low NCP, Wood JJ, Leon AC. The association between parental history of diagnosed mood and anxiety disorders and risk of mood and anxiety disorders in offspring. *BMC Psychiatry*. 2012;12:188. doi:10.1186/1471-244X-12-188
5. Hankin BL, Abela JRZ. Development of psychopathology: a vulnerability-stress perspective. *AnnuRev Clin Psychol*. 2005;1:291-319. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143907
6. Pinquart M, Shen Y. Behavior problems in children with chronic physical illnesses. *Child Care Health Dev*. 2011;37(5):646-654. doi:10.1111/j.1365-2214.2011.01234.x
7. van Loon AJM, van de Looij-Jansen PM, van der Ende J, Verhulst FC. Parenting styles and internalizing symptoms in adolescence: a systematic literature review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16:3660. doi:10.3390/ijerph16193660
8. Yap MBH, Pilkington PD, Ryan SM, Jorm AF. Parenting influences on the development of anxiety in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Bull*. 2014;140(6):1159-1204. doi:10.1037/a0036219
9. McLeod BD, Wood JJ, Weisz JR. Examining the association between parenting and childhood anxiety: a meta-analysis. *Clin PsycholRev*. 2007;27:155-172. doi:10.1016/j.cpr.2006.09.002
10. Pinquart M. Anxiety in children and adolescents with chronic physical health conditions: meta-analysis. *J PediatrPsychol*. 2025;50:870-887
11. Campo JV. Annual Research Review: Functional somatic symptoms and anxiety in children and adolescents. *AnnuRev Clin Psychol*. 2008;4:283-303. doi:10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141217
12. Crawley E, et al. Somatic complaints in anxious youth: prevalence and treatment outcomes. *Psyc21301fa2017*;BucknellUniversity.
13. Egger HL, Angold A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *J Child PsycholPsychiatry*. 2006;47:313-337. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x
14. Stein MB, et al. Somatic complaints in children and adolescents with social anxiety disorder. *PMC*. 2018;40211:1-12
15. Essau CA, et al. Recurrent abdominal pain in children and adolescents: association with anxiety disorders. *J PsychosomRes*. 2014;76:283-288. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.01.003

- 295 16. Alfano CA, Gamble AL. Sleep disruption in children and adolescents with
296 anxiety: prevalence and clinical implications. *Curr Psychiatry Rep.*
297 2009;11:365-370. doi:10.1007/s11920-009-0044-4
- 298 17. Croy I, et al. Anxiety sensitivity and sleep-related problems in anxious youth.
299 *Front Psychiatry.* 2025;16:1520353. doi:10.3389/fpsyt.2025.1520353
- 300 18. Cavanagh K, et al. Comorbidity of depression and anxiety among adolescents
301 in Bermuda. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2025;60:123-134.
302 doi:10.1007/s00127-025-02829-z
- 303 19. Melton BF, et al. Comorbidity of anxiety and depression in youth: a systematic
304 review. *J Affect Disord.* 2016;194:256-267. doi:10.1016/j.jad.2016.01.040
- 305 20. Langley AK, et al. Associations of generalized anxiety and social anxiety with
306 perceived difficulties in school in the adolescent general population. *PubMed.*
307 2023;37985185
- 308 21. Walter HJ, Bukstein OG, et al. AACAP Clinical Practice Guideline for the
309 Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety
310 Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2020;59(4):400-421.
311 doi:10.1016/j.jaac.2020.01.021
- 312 22. American Academy of Pediatrics. Anxiety Disorders in Children and
313 Adolescents. *Pediatrics.* 2022;150:e2022058496. doi:10.1542/peds.2022-
314 058496
- 315 23. NICE. Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment.
316 London: National Institute for Health and Care Excellence; 2013 (update 2021)
- 317 24. SUPEA. Recommandations traitement dépression/anxiété enfant-adolescent.
318 CHUV. 2024.
319 [PDF] [https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dp/documents/Recommandation tra](https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dp/documents/Recommandation_traitement_depression_anxiete_enfant_adolescent_SUPEA_version_1_1_190_324.pdf)
320 [itement depression anxiete enfant adolescent SUPEA version 1 1 190](https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dp/documents/Recommandation traitement_depression_anxiete_enfant_adolescent_SUPEA_version_1_1_190_324.pdf)
321 [324.pdf](https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dp/documents/Recommandation traitement_depression_anxiete_enfant_adolescent_SUPEA_version_1_1_190_324.pdf)
322