

 ISSN (O): 2320-5407 ISSN (P): 3107-4928	Journal Homepage: www.journalijar.com INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR) Article DOI: 10.21474/IJAR01/22828 DOI URL: http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/22828	
--	---	---

RESEARCH ARTICLE

TROUBLES ANXIEUX CHEZ LES ADOLESCENTS : MANIFESTATIONS SOMATIQUES ET FACTEURS DE RISQUE DANS UNE COHORTE MAROCAINE

Hajar Zbitou¹, Mohssinearraji², Bouchra Aabbaassi^{1,2} and Fatiha Manoudi³

1. Equipe Universitaire De Pedopsychiatrie , CHU Mohamed VI De Marrakech , Maroc.
2. Centre De Recherche 'Sante , Enfance Et Developpement ' Faculte De Medecine Et De Pharmacie De Marrakech . Universitecaddi Ayad ,Marrakech Maroc.
3. Equipe De Recherche Pour La Santementale ,Faculte De Medecine Et De Pharmacie De Marrakech .Universitecaddi Ayad , Marrakech Maroc.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 14 December 2025

Final Accepted: 16 January 2026

Published: February 2026

Key words:-

troubles anxieux, adolescents, manifestations somatiques, pedopsychiatrie, comorbidites, psychotherapie, sertraline.

Abstract

Les troubles anxieux representent le trouble psychiatrique le plus frequent chez l'enfant et l'adolescent, avec une prevalence estimee entre 8 % et 30 %. Ces troubles se distinguent de l'anxiete normale par leur persistance, leur intensite excessive et leur impact negatif sur le fonctionnement quotidien. Cette etude retrospective descriptive porte sur 120 adolescents ages de 11 à 18 ans suivis en consultation de pedopsychiatrie au CHU de Marrakech entre 2021 et 2025, afin d'etablir leur profil clinique, avec un accent particulier sur les manifestations somatiques. Les resultats montrent une predominance feminine, une majorite de consultations initiees par des medecins generalistes, et des symptomes somatiques frequents tels que la tachycardie (25,5 %), la gene respiratoire (18,7 %) et les cepheales (16,2 %). Les diagnostics les plus courants etaient le trouble anxieux specifique (42,4 %), l'anxiete de separation (30,3 %) et l'anxiete de performance (15,1 %). La depression consituait la principale comorbidite (27 %). Tous les patients ont beneficie d'une psychotherapie individuelle, et 25 % ont reçu un traitement medicamenteux principalement à base de sertraline. Une remission complete a ete observee chez 32,5 % des patients. L'etude souligne l'importance d'une prise en charge precoce et globale des troubles anxieux chez l'adolescent, en particulier en presence de symptomes somatiques inexplicables, afin d'ameliorer le pronostic et la qualite de vie.

"© 2026 by the Author(s). Published by IJAR under CC BY 4.0. Unrestricted use allowed with credit to the author."

Introduction:-

Les troubles anxieux constituent les troubles psychiatriques les plus frequents chez l'enfant et l'adolescent. Bien qu'ils soient souvent sous-estimes dans cette tranche d'age, leur prevalence, estimee entre 8 % et 30 %, en fait le diagnostic pedopsychiatrique le plus courant chez les jeunes ages de 6 à 16 ans (1). Contrairement à l'anxiete

Corresponding Author:-Hajar Zbitou

Address:-Equipe universitaire de pedopsychiatrie , CHU Mohamed VI de Marrakech , Maroc.

consideree comme normale et adaptative, les troubles anxieux se distinguent par des reponses emotionnelles persistantes, excessives ou inappropriees, entraînant une alteration du fonctionnement quotidien de l'enfant ou de l'adolescent (2).

Objectifs de l'etude :

À travers notre article, nous visons à **etablir le profil clinique des adolescents suivis en consultation ambulatoire de pedopsychiatrie au CHU de Marrakech pour des troubles anxieux**, en mettant particulièrement l'accent sur les manifestations somatiques et leurs caracteristiques cliniques, diagnostiques et evolutives.

Materiel Et Methodes :

Nous avons mene une etude retrospective et descriptive au sein de notre **formation hospitaliere**, portant sur les dossiers de consultation des adolescents âges de 11 à 18 ans, recueillis entre janvier 2021 et novembre 2025. Les donnees collectees ont ete saisies et analysees à l'aide du logiciel Microsoft Excel pour l'exploitation et la presentation des resultats.

Resultats:-

Un total de 120 demandes de consultations pedopsychiatriques a ete formulee sur une periode de 5 ans. Une predominance feminine a ete observee, avec un sex-ratio de 0,8 (Fig. 1).

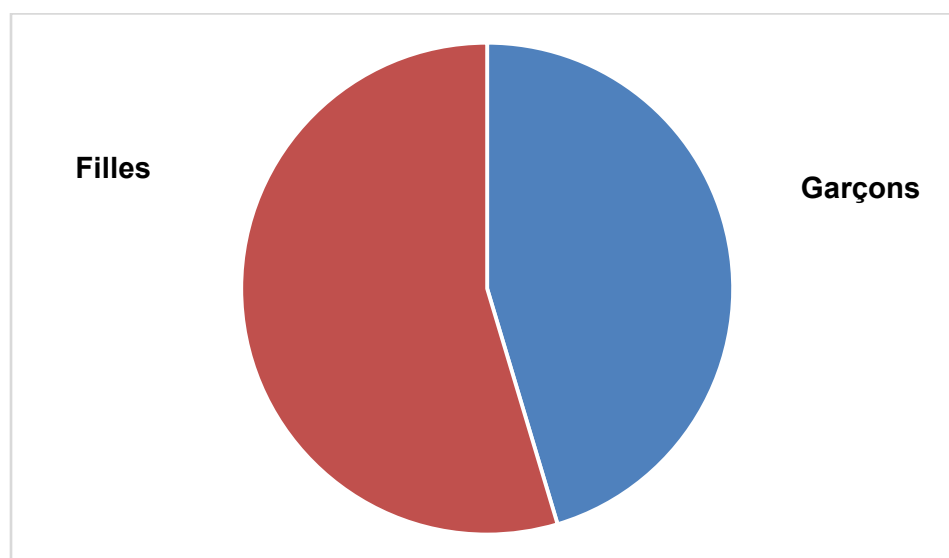


Figure 1 : Repartition du troubles selon le sexe

L'âge moyen des patients etait de 13 ans, avec des extremes allant de 11 à 19 ans. La majorite des patients provenaient de la ville de Marrakech (84 %). Parmi les patients, 10 % etaient en 3^e annee de collège et 12 % en 6^e annee primaire. Seuls 30 % des patients beneficiaient d'une assurance maladie. La majorite des demandes de consultation provenaient des medecins generalistes (63,1 %) et des pediatres (30 %), tandis que les 7 % restants etaient adresses par d'autres professionnels : psychiatres adultes (3 %), medecins legistes (1,6 %), pedopsychiatres (1 %), chirurgiens (1 %) et psychologues (0,4 %). Ces demandes etaient le plus souvent initiees par les professionnels de sante, mais certaines provenaient egalement de l'enfant, de ses parents ou de l'ecole. Les motifs de consultation etaient varies. La majorite des demandes (30 %) etaient liees à des signes somatiques, tels que des douleurs thoraciques ou abdominales, cepheales, crises d'allure epileptogene, palpitations ou tremblements. Les difficultes scolaires representaient 22 % des demandes. D'autres motifs incluait : idees suicidaires (10,08 %), angoisse importante (9,24 %), irritabilite (10,92 %), troubles instinctuels (6,72 %), begaiement (3,36 %), instabilite, agressivite ou mutisme selectif (1,68 % chacun), ainsi que retrait, isolement ou pleurs (0,84 % chacun). Ainsi, les demandes refletaient un large eventail de troubles somatiques, emotionnels et comportementaux, mettant en evidence la diversite des besoins en pedopsychiatrie. Parmi les patients, 33 % presentaient des antecedents

medicaux, 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. 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 % hypercontrolants, 17,8 % laxistes, tandis que 25 % des cas ne comportaient pas d'information disponible. Ces résultats soulignent la variété des pratiques éducatives.

Tous 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 %
Enuresie 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

Tous 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 repercussions 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, temperamentaux 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 et 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 le diabète, épilepsie ou anémie, confirmant le rôle des maladies somatiques comme facteur de stress durable, tandis que 32 % rapportaient des

evenements de vie difficiles(10). Un temperament inhibe etait observe chez 42 % des adolescents et 24 % presentaient un retard de developpement susceptible d'entraver l'adaptation sociale et scolaire. L'ensemble de ces donnees confirme que les troubles anxieux à l'adolescence resultent d'une interaction complexe entre facteurs individuels (notamment le sexe), facteurs somatiques (maladies chroniques) et facteurs familiaux (ACE, styles parentaux, antecedents psychiatriques parentaux), en coherence avec le modèle biopsychosocial decrit dans la litterature internationale(11).

L'expression symptomatique etait dominee par des manifestations somatiques comme des cepheales, la tachycardie, la gene respiratoire associees à des conduites d'evitement et des troubles du sommeil, retrouves chez la moitie des patients. Nos resultats concernant les manifestations somatiques sont en accord avec les donnees de la litterature internationale(12), qui rapportent une forte prevalence de symptomes tels que les douleurs abdominales(13), les palpitations et les troubles musculosquelettiques chez les adolescents anxieux. Cette frequence elevee peut s'expliquer, d'une part, par une meilleure sensibilisation des cliniciens à la reconnaissance de l'anxiete 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 privilegie d'expression de la souffrance emotionnelle, mais egalement un moyen de relation et de contact avec l'autre(15). Sur le plan clinique, le trouble d'anxiete sociale constituait la forme la plus frequente et la depression la comorbidite principale(18,19)

Sur le plan therapeutique, nos resultats s'alignent sur les recommandations actuelles privilegiant la psychotherapie individuelle comme traitement de premiere intention, le recours aux inhibiteurs selectifs de la recapture de la serotonine tels que la sertraline etant reserve aux formes moderees à severes(20, 21). Enfin, le retentissement fonctionnel observe sur les spheres scolaire et sociale souligne l'importance d'un repere precoc et d'une prise en charge globale afin de prevenir la chronicisation et les consequences developpementales à long terme(22,23).

Conclusion:-

Les troubles anxieux sont les troubles psychiatriques les plus frequents à l'adolescence, avec une predominance chez les filles. Leur survenue resulte d'une interaction complexe de facteurs biologiques, psychologiques, somatiques et environnementaux, soutenus par des mecanismes neurobiologiques impliquant l'amygdale, le cortex prefrontal et l'axe hypothalamo-hypophyso-surrealien. Devant toute symptomatologie somatique inexplicuee, ces troubles doivent etre systematiquement envisages. Une evaluation globale et une prise en charge precoc, combinant psychotherapie et traitement pharmacologique si necessaire, permettent d'ameliorer significativement le pronostic et la qualite de vie des adolescents(24).

Reference:-

1. Alfano CA, Gamble AL. Sleep disruption in children and adolescents with anxiety: prevalence and clinical implications. *Curr Psychiatry Rep.* 2009;11:365–370. doi:10.1007/s11920-009-0044-4
2. American Academy of Pediatrics. Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Pediatrics.* 2022;150:e2022058496. doi:10.1542/peds.2022-058496
3. 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
4. Cavanagh K, et al. Comorbidity of depression and anxiety among adolescents in Bermuda. *Soc PsychiatryPsychiatrEpidemiol.* 2025;60:123–134. doi:10.1007/s00127-025-02829-z
5. Crawley E, et al. Somatic complaints in anxious youth: prevalence and treatment outcomes. *Psyc21301fa2017*;BucknellUniversity.
6. 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
7. 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
8. 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
9. 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
10. Langley AK, et al. Associations of generalized anxiety and social anxiety with perceived difficulties in school in the adolescent general population. *PubMed.* 2023;37985185

11. 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
12. McLeod BD, Wood JJ, Weisz JR. Examining the association between parenting and childhood anxiety: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2007;27:155–172. doi:10.1016/j.cpr.2006.09.002
13. Melton BF, et al. Comorbidity of anxiety and depression in youth: a systematic review. *J Affect Disord*. 2016;194:256–267. doi:10.1016/j.jad.2016.01.040
14. Pinquart M. Anxiety in children and adolescents with chronic physical health conditions: an updated meta-analysis. *J Pediatr Psychol*. 2025;50(9):870–887. doi:10.1093/jpepsy/jsad016
15. 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
16. Pinquart M. Anxiety in children and adolescents with chronic physical health conditions: meta-analysis. *J Pediatr Psychol*. 2025;50:870–887
17. 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
18. Stein MB, et al. Somatic complaints in children and adolescents with social anxiety disorder. *PMC*. 2018;40211:1–12
19. 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
20. Walter HJ, Bukstein OG, et al. AACAP Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59(4):400–421. doi:10.1016/j.jaac.2020.01.021
21. 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
22. NICE. Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2013 (update 2021)
23. SUPEA. Recommandations traitement depression/anxiété enfant-adolescent. CHUV. 2024. [PDF] https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dp/documents/Recommandation_traitement_depression_anxiété_enfant_adolescent__SUPEA__version_1_1_190324.pdf