

DOULEUR ET HANDICAP A L'ADOLESCENCE

Anne-Claire DE CROUY

Médecin chef de service orthopédie-traumatologie, CMPA, Neufmoutiers-en-Brie
Consultant UFAP, Hôpital Trousseau, Paris

L'adolescence, souvent abordée par les psychologues comme une période de deuil-renouveau, est certainement pour l'individu qui la subit une période de crise, au sens de changement. Cette crise aboutit au mieux à l'autonomisation d'un individu pensant et sexué.

La puberté inscrit ces changements dans le corps en même temps que l'adolescent doit gérer des désirs concomitants et paradoxaux d'autonomie et de régression. Ces désirs contraignent l'adolescent à s'inquiéter de ses compétences à accomplir son épanouissement (physique, sexuel, intellectuel, spirituel, social). C'est dans ce contexte et dans cette humeur (dépression ?) que l'adolescent est amené à tester les limites qui lui sont proposées.

En corollaire, parfois inconsciemment, il interroge également les compétences des systèmes dans lequel il est intégré, et en premier lieu la cellule familiale, à le laisser œuvrer voire à le soutenir dans une telle entreprise. Les périodes de soins, le handicap, ne doivent pas interrompre l'adolescent dans sa mutation. Il s'agit donc de lui proposer un contrat thérapeutique qui respecte son individualité sans négliger ses interactions familiales, sociales et scolaires.

Pour l'adolescent confronté au handicap, la plainte douloureuse peut couvrir des demandes diverses qui nécessitent des réponses adaptées. Au travers d'exemples caricaturaux, j'ai tenté d'éclairer différentes facettes de cette question

Traumatisme et douleur iatrogène

La survenue d'un traumatisme à l'adolescence peut conduire à des lésions osseuses et/ou neurologiques à l'origine d'un handicap durable. Convenons que la prise en charge en court séjour a permis de soulager les douleurs nociceptives et neurogènes liées à ces lésions (immobilisation, médicaments, TENS, MEOPA...). Le transfert en service de MPR permettra d'installer l'adolescent dans un cadre thérapeutique assurant rééducation et réadaptation.

Le travail médico-psycho-socio-scolaire est conduit par une équipe multidisciplinaire. L'organisation même du travail en équipe autour de l'adolescent permet de laisser émerger et de traiter la complexité du problème lié au traumatisme (prises de risques répétées). Il reste que la rééducation est très souvent source de douleurs iatrogènes difficiles à traiter :

- douleurs de mobilisations et de posture en kinésithérapie et ergothérapie (environ deux séances par jour). Les paliers de l'OMS se révèlent souvent inefficaces sur ce type de douleurs. L'efficacité est améliorée par une prise médicamenteuse peu avant la séance de rééducation mais la nécessité d'un horaire précis est difficile à tenir par l'adolescent. De plus, l'effet du traitement est souvent plus long que la douleur et induit l'émergence d'effets secondaires difficiles à supporter pour l'adolescent (« je me sens shooté »). La question de l'intérêt du MEOPA dans cette indication reste posée.
- douleurs d'injection quotidienne d'anticoagulant, néanmoins améliorées par l'apprentissage du geste par l'adolescent.
- douleurs de changement de position à l'occasion des transferts, de la toilette, ou du fait du décubitus alterné.
- douleurs de l'examen clinique.

Dans ce contexte de douleur iatrogène post-traumatique, l'adolescent n'est pas toujours capable de se plaindre. Il est fréquent que l'accident survienne à la suite de prises de risques répétées souvent mal repérées par l'adolescent et sa famille.

Une prise de conscience peut installer l'adolescent dans une culpabilité qui limite sa plainte. A l'inverse, l'adolescent peut refuser la réalité biographique et réinstaller des comportements dangereux dans son autonomie limitée. La douleur peut alors être négligée comme toute autre limite physique.

Polyarthrite et déni de la douleur

Les patients polyarthritiques pris en charge en MPR sont évidemment ceux dont la forme est la plus évolutive et la plus invalidante. Paradoxalement, la plainte douloureuse spontanée est très rare. Sur sollicitation, l'EVS peut aller jusqu'à 8 sans plainte spontanée. Il est même arrivé que nous instaurions un traitement antalgique devant des signes d'irritabilité et de fatigue permettant un soulagement partiel de la douleur que le patient peut alors verbaliser.

Dans cette forme de déni de la plainte, on retrouve probablement une partie des arguments déjà évoqués pour le traumatisme (paroxysmes douloureux au moment des séances, effets secondaires des morphiniques en dehors des moments douloureux, peur des traitements morphiniques au long cours) mais dans un contexte très différent, celui de la maladie.

La douleur est un des maîtres symptômes de l'évolutivité de la maladie, se l'approprier c'est aussi s'approprier son corps malade. L'adolescent souffre particulièrement d'accepter une position de compromis qu'il considère comme une reddition devant une fausse solution. L'adhésion de l'adolescent aux soins utiles peut parfois être beaucoup plus lente que ce que la logique médicale autorise. Cette différence entre les temporalités adolescente, soignante mais aussi parentale est importante à intégrer dans le contrat thérapeutique et dans la gestion quotidienne du soin. Elle peut être source de vives tensions dans l'équipe soignante confrontée à une forme d'impuissance qui doit être travaillée pour ne pas être vécue comme un échec.

Psychosomatisation : utilisation du corps à l'adolescence

C'est à l'adolescence (parfois à la pré-adolescence) qu'émergent en consultation spécialisée de la douleur les diagnostics d'algodystrophie de forme infantile (forme froide d'emblée, traumatisme minime), de fibromyalgie, de douleurs rachidiennes chroniques et autres douleurs diffuses parfois difficiles à intégrer à un quelconque syndrome.

Le corps est l'objet central de l'adolescence : reflet de l'identité du sujet, lieu des conflits internes. Le symptôme peut alors être exploité par l'adolescent pour exprimer une souffrance qu'il ne s'autorise pas à verbaliser. L'absence de verbalisation semble avoir plusieurs fonctions :

- elle projette le soignant dans une impuissance compassionnelle et douloureuse, maternante ;
- elle évite à l'adolescent de faire entendre à son entourage une souffrance dont il peut être partie prenante ou qu'il ne parvient pas à soulager (conflits conjugaux, souffrance scolaire, deuils...).

La prise en charge se doit d'être alors multidisciplinaire d'emblée (médico-psycho-socio-scolaire), se rapprochant des prises en charge classiques des douloureux chroniques adultes :

- position basse du thérapeute,

- importance de l'anamnèse,
- travail de la demande,
- élaboration d'un contrat thérapeutique avec l'adolescent et sa famille.

Myopathie : devenir autonome psychiquement dans la dépendance physique

Les adolescents atteints de myopathie sont confrontés à une situation particulièrement complexe par rapport à leur recherche d'autonomie, qui peut être caractérisée par les réalités et le vécu suivants :

- dépendance complète vis-à-vis du système de soins,
- intégration de la famille au système de soins,
- identification au groupe d'adolescents handicapés,
- confrontation aux valides.

Dans ce contexte il est important de faire « attention à ne pas rajouter de la iatrogénie médicamenteuse ».

Par ailleurs, l'adolescence est une période de construction du narcissisme (valorisation de l'image de soi, reconnaissance sociale, existence au monde). L'adolescent a le sentiment de n'offrir au regard que l'aspect fonctionnel défaillant de son corps marqué d'une inscription visible de la blessure narcissique. Ces « cicatrices » marquent un décalage irréductible entre corps fantasmé et corps organique, entre corps souffrant et corps érogène. L'adolescent écarte toute possibilité de considérer son corps comme un bon objet et refuse l'acceptation de l'événement qui l'a endommagé. Le corps peut alors devenir le lieu privilégié de pulsions destructrices au travers de conduites mettant directement la vie de l'adolescent en danger.

Le processus d'intégration du corps meurtri et sexué se réalise par des moments de crise parfois spectaculaires et alarmants, inévitables et organisateurs à cet âge.