

# Prescriptions d'antalgiques chez l'enfant : difficultés pour les médecins

**Pr Catherine Jousseme**

Professeure des universités (PARIS XI), psychiatre des hôpitaux,  
Chef de service de la Fondation Vallée, Gentilly

Comprendre les processus psychiques en jeu dans le vécu de la douleur paraît essentiel chez l'enfant [1]. Mais on oublie parfois de penser à ceux qui font que les médecins gardent une difficulté à considérer et à traiter cette même douleur.

## Nature et culture

La douleur est une expérience commune et valorisée dans nos cultures. De nombreux proverbes sont ici pour nous montrer que la supporter est preuve non seulement de courage, mais de force :

- « Au chaudron de la douleur, chacun porte son écuelle »
- « La douleur est aussi nécessaire que la mort »
- « Rien ne nous rend si grand qu'une grande douleur »

La sagesse populaire fait souvent dire aux enfants : « si tu supportes, tu seras endurci et tu pourras ainsi devenir un homme solide, capable d'affronter toutes les difficultés de la vie ».

Par ailleurs, les antalgiques gardent souvent, dans la représentation que le public s'en fait, un lien avec la toxicomanie : héroïne et morphine sont confondues dans la tête de beaucoup.

## Des douleurs...

*Maladies aiguës et maladies chroniques* ne font sûrement pas ressentir le même type de douleur.

*Dans l'aigu* (otite, fracture par exemple), il s'agit de tenir l'acmé d'une douleur brutale peu anticipable. Cette douleur risque d'être minimisée dans l'urgence, puisque les parents comme certains médecins pensent qu'elle va vite passer grâce au traitement de la maladie (antibiotiques, traitement orthopédique, etc.), et qu'elle n'influencera donc pas le vécu ultérieur de l'enfant s'il a à affronter d'autres douleurs. Il est frappant de constater que dans de telles situations, l'enfant est souvent traité sans que sa douleur ne soit prise en compte, finalement comme si elle n'était « rien ». Pourtant ce trauma paraît évitable car cette douleur comme une autre peut faire trace et provoquer dans l'avenir une anticipation inquiétante de tous phénomènes douloureux.

*Dans la maladie chronique*, le problème est plus « de tenir dans la longueur ». Les médecins sont souvent culpabilisés car aux traitements multiples, variés et parfois inefficaces que subit l'enfant, il faut associer pour eux la possibilité de penser qu'il souffre ! Parfois il est plus confortable de dénier, et d'imaginer que tout se passe bien, que les choses évoluent à leur rythme mais positivement, car l'idée même de faire souffrir l'enfant en lui proposant un corset, un médicament particulier, des examens complémentaires traumatisants... peut être insupportable pour le prescripteur. Le risque reste alors celui de la mise en place d'un processus dépressif, la douleur étant une sorte de trou noir absorbant tout ce que l'enfant peut vivre. Celui-ci peut s'installer dans

l'impression que personne ne reconnaît ce qu'il vit et peu à peu sombrer dans cette solitude psychique, parfois extrêmement néfaste, qui peut désorganiser des personnalités fragiles.

## **La formation médicale oublie parfois des points fondamentaux quant aux conséquences de la douleur**

**Chez l'enfant, la construction du schéma corporel n'est pas forcément parallèle à celle de l'image du corps. En effet, le schéma corporel est indépendant de l'histoire du sujet, ou en tout cas beaucoup moins dépendante que celle de l'image du corps.**

Tous les individus gardent à peu près le même *schéma corporel* au même âge et sous les mêmes climats, schéma qui reflète la réalité du corps dans l'espace, face à ses expériences immédiates.

Ce schéma corporel dépend bien entendu des lésions éventuellement neurologiques de l'enfant, mais il est en partie conscient, et les enfants peuvent le partager tout au long de leurs évolutions entre eux.

Il en est tout autrement de *l'image du corps*. Ce concept largement décrit par Françoise Dolto [2] rend compte que chacun se construit de son propre corps dans sa tête, corps lié à l'histoire à la fois corporelle mais aussi émotionnelle et affective. L'image du corps est donc avant tout inconsciente, et représente la synthèse de nos expériences émotionnelles liée à nos relations, notamment à nos interrelations précoces avec nos parents. Dans la vie, il y a croisements réguliers du schéma corporel et de l'image du corps pour chacun, et si l'un est mal construit, l'autre en souffre.

La douleur interfère largement sur l'investissement positif du corps, et notamment, sur la construction d'une image du corps qu'elle peut fragiliser, rendre peu agréable, siège d'angoisse et d'incertitude.

En effet, tout vécu prolongé d'une douleur attaque l'image du corps. L'enfant se vit comme possédant un corps défaillant, « cassable », peu fiable en tout cas. La douleur régulière empêche de penser, empêche d'être curieux, empêche de rentrer dans l'autonomisation face à la relation à ses parents, et ne permet pas non plus l'établissement de limites corporelles fiables et sécurisantes. Beaucoup d'enfants, avec des douleurs importantes, vivent, surtout s'ils sont très jeunes, des phénomènes de dépersonnalisation, et ces phénomènes restent comme des cicatrices intérieures qui ne s'effacent pas même lorsque la douleur disparaît. Elle devient alors une trace menaçante et redoutée, entamant la confiance en soi, entamant également celle envers les autres qui n'ont pas su protéger l'enfant de ce ressenti épouvantable.

La douleur est donc dangereuse dans le développement de l'enfant, particulièrement dans la construction de son image du corps.

### **La douleur psychique reliée à la douleur physique...**

Un proverbe dit : « la douleur de l'âme pèse plus que la souffrance du corps ». Cependant, la douleur du corps existe et il n'est pas positif de la dénier pour ne s'attacher qu'à la douleur psychique. Il n'est pas non plus possible de demander à l'enfant d'accepter la douleur du corps « pour son bien ». C'est un peu comme si l'on oubliait de reconnaître cette souffrance quand on lui explique qu'elle est bénéfique pour lui. C'est pourquoi il faut reconnaître cette douleur même si elle est impossible à vaincre totalement, et en tout cas la combattre le plus possible, par tous les artifices et médicaments envisageables. Un proverbe anglais note d'ailleurs : « la douleur ne meurt pas quand elle est épuisée ».

Il faut également penser au vécu douloureux de dépossession corporelle que l'enfant peut vivre lors de certains examens complémentaires, au cours desquels son corps est manipulé, objet des autres, « dirigé de l'extérieur » en raison de ce qu'on lui demande de faire « dans les machines » (ne pas respirer, fermer les yeux, etc.). Ses enveloppes deviennent alors comme poreuses, transparentes, comme disait ce petit garçon à la suite d'une IRM « je suis comme l'homme invisible... ils voient à travers moi ». Ainsi, des examens non douloureux peuvent le devenir psychiquement et il est important dans l'explicitation de ces examens de penser à cet aspect des choses.

### **La douleur peut exploser le fragile édifice de la personnalité de l'enfant encore en construction.**

Des douleurs importantes, régulières, suraiguës, peuvent représenter de véritables expériences psychotisantes pour l'enfant, ce d'autant qu'il est jeune et accés sans langage. Avant de rentrer dans le stade du miroir, ce stade où l'enfant va unifier l'image de son corps et entrer dans un vrai processus de temporalité construite, il peut vivre un message intérieur très douloureux comme un éclatement de son Moi.

Parfois, les vécus douloureux complexes (douleurs, décharges électriques, etc.) peuvent lui faire vivre une image étrange de lui, sans lien avec une pensée bien articulée. Par ailleurs, ces ressentis étranges et très désagréables l'empêchent souvent d'investir son corps de façon positive, notamment dans des mécanismes auto-érotiques. Or ces derniers sont tout à fait importants dans la construction de l'estime de soi et dans l'aménagement de recours à des ressources internes face à des conflits difficiles avec l'extérieur. Souvent, ce type de douleur « explosive » vécue très tôt, sans possibilité de verbalisation, plonge l'enfant dans une peur non métabolisable, car non parlable, d'une prochaine douleur : un cercle vicieux peut alors s'établir, très dangereux pour les processus d'autonomisation.

### **La peur des parents**

Les parents face à un enfant douloureux sont angoissés, et transmettent leurs angoisses à ce même enfant, ainsi qu'à l'équipe qui l'environne. Il demande une réparation car ils se sentent impuissants, véritablement tétanisés puisqu'ils ne peuvent absorber ce que les médecins leur expliquent et vivent des moments de déni. Leur solitude est alors largement décuplée et ils ne parviennent plus du tout à calmer l'enfant, à exercer leur fonction de pare-excitation, à permettre au bébé, par exemple, de ressentir du positif dans un monde qui devient persécuteur, à la fois pour eux et pour lui. Sans intervention médicale face à cette douleur, les interactions, notamment précoces, peuvent devenir extrêmement négatives, poussant l'enfant dans une modalité d'accès au monde destructrice.

## **Alors prescrire : comment**

Il me semble que lors de la formation médicale, il faudrait apprendre aux jeunes médecins à parler de leurs propres angoisses dans l'exercice de leur métier. Les groupes balint étaient faits pour cela ! Dépasser notre propre vécu traumatique face à un enfant que l'on ne parvient pas à guérir ou même à totalement soulager, pouvoir en parler, le penser, peut nous faire agir d'une façon constructive, en reconnaissant sa douleur auprès de ses parents et de lui-même, au lieu de la dénier, reste fondamental dans l'exercice de notre métier. Ce travail d'intégration de nos propres émotions peut aider les parents, comme les enfants, mais aussi les membres de notre équipe, à digérer ce qui est vécu et à peu à peu cheminer ensemble, dans des processus identificatoires positifs.

L'explication de la maladie, de la douleur, à partir du moment où le médecin la pense de cette façon, peut être beaucoup plus humaine, et le discours se fait plus adapté, au plus près des demandes et des possibilités de réflexion des parents et de l'enfant. Il s'agit alors de travailler ensemble comme dans une cordée, de co-penser l'avenir possible, sans déni, sans négation, ce qui permet une prescription ciblée, sans phénomène de tonneau des danaïdes.

## Pour conclure

Le médecin face à la douleur de l'enfant doit être celui qui cherche à mettre des mots là où les maux prennent le dessus. À ce prix, chacun développera de meilleur  *coping*  et pourra se construire des théories de la maladie qui l'aideront à vivre avec.

Le risque de ne pas traiter la douleur est que celle-ci se transforme en trou noir qui absorbe tout et résume l'enfant. Un proverbe latin dit : « la douleur est le remède de la douleur », ce qui en dit long sur les cercles vicieux qui peuvent ainsi s'installer.

Le médecin me semble devoir se situer dans un espace transitionnel élargi avec l'enfant et ses parents, qui ne tienne pas seulement compte de la réalité des phénomènes concrets de la maladie ou des images des examens complémentaires, mais aussi de l'histoire du patient, des parents et de celle qui s'est peu à peu tissée avec eux dans l'alliance thérapeutique. Parler de la douleur comme une des composantes de la maladie, comme une de ses complications parfois, est sans doute très important.

La reconnaître, la traiter, en pouvant reconnaître que l'on n'est pas tout puissant et que l'on ne pourra parfois pas la faire céder totalement, est sans doute une preuve d'humilité que famille et enfant apprécient beaucoup. Sans doute une autre chose essentielle est de ne pas demander à nos patients de nous réparer... Les enfants tentent tellement déjà de réparer leurs parents qu'il serait quand même un peu « fort de café » qu'ils soient contraints de réparer leurs médecins !

Il faut également se méfier du temps gagné, perdu à tout jamais : dénier un problème, l'évacuer, peut faire croire qu'on le dépasse, mais il revient toujours, et s'enclenchent très rapidement des relations négatives entre l'équipe médicale, l'enfant et ses parents, qui isolent chacun, appauvrissent les échanges, ce qui peut représenter un vrai risque pour le développement de l'enfant.

« Science sans conscience n'est que ruine de l'âme » écrivait-on il y a quelques siècles : le discours purement scientifique restera toujours traumatique quelles que soient les avancées de la science. Celle-ci ne peut être désincarnée d'un abord humain de la relation sans risque majeur ! L'idée que l'information absolue ferait tout comprendre et tout accepter, et dispenserait d'une prise de position de sollicitude et d'humilité des médecins, reste une illusion dangereuse !

## Bibliographie

[1] Graindorge (Jousselman) C. *Comprendre l'enfant malade*. Dunod, Paris, 2005

[2] Dolto F. *L'image inconsciente du corps*. Points, coll. Essais, Paris, 2000.