

Le corps en crise ou quand le corps parle...

Point de vue d'une pédiatre de la consultation douleur chronique enfant et adolescent

Docteur Sylvie LABORDE, pédiatre

CHU Pellegrin Enfants
Consultation Douleur Chronique Enfant et Adolescent
Place Amélie Raba-Léon
33076 Bordeaux cedex
consult.douleur.pedia@chu-bordeaux.fr

La notion de psychosomatique n'est ni un phénomène de mode ni une invention moderne. Elle est en effet évoquée dès l'antiquité et probablement avant. Le terme psychosomatique pourrait être défini par l'ensemble des symptômes disparates qui ont pour élément commun de présenter une implication psychologique majeure soit dans la survenue des troubles, soit dans leur perdurance (Bioy, Fouques 2009).

Quels que soit le symptôme (cutané, respiratoire, digestif...douleur) et son origine psychologique potentielle, il est réellement perçu dans le corps du patient et justifie d'être entendu et pris en considération dans sa globalité.

La douleur est définie comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion.

A travers les quatre composantes (**sensorielle** (ce que le patient sent), **émotionnelle ou affective** (ce qu'il ressent), **cognitive** (ce qu'il pense) et **comportementale** (comment il réagit)) qui la caractérisent, la douleur permet d'alerter sur une atteinte corporelle mais également sur d'autres difficultés moins visibles qu'une lésion physique...Quoi qu'il en soit, la douleur est ce que la personne qui en est atteinte dit qu'elle est. Ce symptôme existe dès lors qu'elle affirme la ressentir, qu'une cause soit identifiée ou non.

Parfois évoqué avec une arrière-pensée péjorative, ces symptômes, ces douleurs d'origine psychosomatique sont pourtant tout à fait réelles pour le patient...Comme si dans une maladie « tout à fait organique » (cancer par exemple), la dimension psychique n'intervenait pas dans l'expression de la douleur....

Sans chercher à les analyser ou à les interpréter, nous illustrerons ce propos avec des cas cliniques d'enfants, d'adolescents douloureux... Céphalées, douleurs abdominales, douleurs thoraciques, otalgies, douleurs des membres... autant de façon d'exprimer par le corps des difficultés émotionnelles avec des répercussions quotidiennes importantes à différents niveaux (scolarité, social, sommeil, familial, émotionnel).

En conclusion et du point de vue de la pédiatre que je suis, il est indispensable d'entendre et d'écouter le symptôme senti et ressenti par le patient douloureux sans le nier sous prétexte qu'on ne le comprend pas.

C'est la première étape pour une reconnaissance de ce symptôme par l'entourage souvent désemparé et ambivalent... L'adhésion du patient voir son implication dans le projet est primordiale et passe par une relation de confiance entre le patient et les soignants qui l'entourent.

La prise en charge globale qui sera proposée pourra être à la fois médicamenteuse (antalgiques, myorelaxant...), physique (kiné, balnéothérapie, massage, neurostimulation trans-cutanée...), psychocorporelle (relaxation, hypnose, sophrologie...) et psychologique.

Le lien avec le médecin scolaire sera indispensable pour accompagner au mieux l'enfant ou l'adolescent. Il est important de ne pas se contenter du « tout » physique (escalades thérapeutiques, multiples examens complémentaires) ou du « tout » psychologique (« c'est dans sa tête, allez voir un psychologue ») mais d'associer les approches afin de tordre enfin le cou à cette idée qu'il faut séparer corps et esprit !

En expliquant que « nous ne savons pas tout », que nous suivons toutes les pistes, que le retentissement de la douleur en termes d'anxiété, de dépression et de désocialisation est important à rechercher et à prendre en charge, en abandonnant le débat sur la cause pour mettre l'accent sur le « vivre avec » les symptômes.