

# UNIVERSITE FERHAT ABBAS – SETIF

Faculté de Médecine – Département de Médecine

*Enseignement du module de Psychologie Médicale*

*6<sup>ème</sup> année de médecine (Année universitaire 2019-2020)*

## Troubles psychologiques de l'enfant hospitalisé

**Pr ALOUANI M.L**

*(Professeur en psychiatrie)*

### **INTRODUCTION**

L'entrée d'un enfant à l'hôpital constitue pour lui-même et pour sa famille, un choc considérable.

L'hospitalisation d'un enfant se situe rarement dans un contexte de pathologie bénigne et son issue est déjà anticipée de manière péjorative, surtout pour les parents, dès l'entrée dans le service.

Nous n'évoquerons dans cette question, que les pathologies traumatisantes.

### **LA CONSULTATION**

Les parents qui emmènent leur enfant à la consultation sont déjà inquiets.

Ils ont remarqué une anomalie et l'anxiété s'est installée.

Ils anticipent la confirmation de leurs craintes. Il importe dans ce cas d'entourer le diagnostic de précautions multiples.

Pour les parents, c'est le choc quasi-inévitable. La honte et la culpabilité sont au rendez-vous.

Ils s'accusent d'avoir mis au monde un enfant sans avoir pu lui donner toutes les capacités de se défendre : les parents sont confrontés à leur impuissance.

L'annonce d'une maladie grave rime automatiquement avec menace de mort.

Les remords font rapidement surface. Les parents s'accusent de toutes les négligences qui ont retardé la consultation.

Le passé et les erreurs qu'ils ont pu y commettre font l'objet d'une attention particulière.

L'histoire d'un individu se situe non pas au niveau d'une, mais de trois générations : la sienne, celle de ses parents et celle de ses grands-parents, puisque les parents de l'enfant agissent en fonction de leurs sentiments envers leurs propres parents.

En devenant parents eux-mêmes, les parents ont fait un pas de plus vers l'identification à leurs géniteurs.

Ces sentiments de culpabilité liés à cette identification des parents aux grands-parents de l'enfant malade constituent pour certains auteurs (*Lebovici et coll.*), le vrai motif (souvent inconscient) des reproches qu'ils ne manquent pas de se faire puisqu'ils ont osé se faire parents.

La culpabilité s'alimente du sentiment de transgression inconscient.

S'étant un peu repris, ils cherchent des explications, ce qui permet de rejeter à l'extérieur l'objet de leur culpabilité.

C'est alors la quête d'un ancêtre atteint de la même maladie. Le mari cherche le coupable dans la famille de sa femme et vice-versa.

On accuse parfois les proches exerçant une activité médicale de ne pas s'être aperçus plus tôt des symptômes débutants.

Trouver que les autres sont mauvais aide à se déculpabiliser.

Certains ont recours à la pensée magique (Mon fils est tombé malade le jour où on a décidé de déménager...).

Les parents refusent parfois d'admettre le diagnostic et visitent de nombreux autres spécialistes.

Ils s'éparpillent entre différentes équipes, ce qui peut se révéler préjudiciable pour l'équilibre du groupe, de l'enfant et de son investissement dans les soins.

La honte, la culpabilité, l'impuissance sont encore renforcées par la nécessité de laisser à d'autres le soin de s'occuper de l'enfant.

L'enfant ne réagit pas toujours immédiatement, mais il se rend compte de la situation. Le bouleversement aura lieu un peu plus tard, avec l'hospitalisation et la séparation du milieu familial.

Pour l'instant, il observe une scène, qui l'angoisse d'autant plus qu'il ne la comprend pas.

Le médecin est en train de discuter très sérieusement avec ses parents, qui n'ont pas du tout l'air d'apprécier ses paroles.

Il faut expliquer, autant que possible, les caractéristiques de la maladie tant à l'enfant qu'à ses parents.

Comme pour toute maladie grave, la famille va demander si le cas est fréquent ou exceptionnel, et si le médecin en voit souvent. Cette question est souvent réitérée auprès du personnel soignant.

De plus, il est régulièrement tentant de se réfugier derrière la littérature et de citer des colonnes de chiffres (on a tant de chance sur cent pour que la maladie guérisse...).

Cette attitude est absurde dans une perspective de soins, par contre, c'est efficace pour calmer provisoirement l'angoisse du soignant.

L'individu est unique et seul son cas l'intéresse.

## **L'HOSPITALISATION**

Les parents rentrent chez eux, ils sont amputés d'un de leurs membres.

Dans les premiers temps, la fratrie fait les frais de cette situation. Peu d'attention leur est accordée, alors qu'au-delà des classiques rivalités fraternelles, ils souffrent aussi.

Le groupe que forme la famille est soumis à de fortes tensions. Il doit retrouver l'homéostasie familiale.

Signalons qu'il est possible de voir des couples se fissurer en cette occasion.

Les soignants ont un rôle très délicat. Ils sont maintenant les interlocuteurs privilégiés de l'enfant. Ils vont rapidement former une « seconde famille ».

Ils doivent veiller à ne pas prendre la place des parents au risque de les voir de sentir entièrement rejetés.

Pour les parents, les soignants sont également investis comme une nouvelle famille.

Ce sont désormais eux qui sont au contact de leur enfant. En communiquant avec les soignants, ils communiquent avec l'enfant.

En s'identifiant à ces parents, le personnel réveille sa propre crainte de voir arriver la même situation dans sa famille.

D'un autre côté, les soignants finissent par adopter les enfants hospitalisés dans le service et s'angoissent pour leur avenir autant que leurs parents biologiques.

De ce paradoxe naissent parfois des relations oscillant entre l'amour, la haine et l'indifférence.

Cette situation est préjudiciable pour l'enfant déjà fragilisé. Il est donc nécessaire d'inclure les parents dans le cadre thérapeutique, de les faire participer autant que possible aux soins.

Arrivé à l'hôpital, l'enfant est coupé de son monde. Son univers familial le quitte et l'envoi dans un endroit inconnu où règne une odeur inhabituelle. Certes, il existe d'autres enfants sûrement sympathiques, mais ce n'est ni l'école, ni la maison.

Tout cela est survenu peu après cet entretien étrange où l'on a tenté de lui faire comprendre qu'il était malade. Et, c'est en voyant ses parents s'inquiéter qu'il a commencé à se sentir mal.

Jusqu'à cet instant, « être malade » se résumait à rester à la maison.

Maintenant, c'est bien différent... Seul à l'hôpital, surtout le soir, c'est l'angoisse qui se déclenche.

L'enfant doit recevoir le plus d'explications possibles. Les grandes lignes de son avenir doivent lui être tracées : les examens complémentaires, surtout s'ils sont douloureux, doivent être expliqués dans le détail.

L'enfant anticipera ses peurs et le soignant pourra trouver avec lui les moyens d'y faire face.

Il est indispensable d'avoir un consensus au sein de l'équipe, sur l'attitude et le discours à adopter face à l'enfant. Les informations ne doivent pas être contradictoires.

## **APRES L'HOSPITALISATION**

L'enfant va sortir de l'hôpital. Il est encore faible, aussi bien physiquement que psychologiquement. Physiquement faible car les médicaments sont asthéniants, et psychologiquement affaibli car un univers de protection va disparaître.

Il n'y aura plus le rythme régulier de l'hôpital, ni la proximité d'une équipe médicale. Cette sortie, après avoir frôlé la mort, est vécue dans l'anxiété.

Cette anxiété est partagée par les parents qui voient leurs responsabilités revenir.

L'enfant qui sort se sent différent. Il a bien compris qu'il va vivre pendant plusieurs mois dans une sorte de sursis puisque les rechutes sont toujours possibles. Il sait qu'il va devoir revenir régulièrement à l'hôpital pour subir des examens de contrôle et/ou un traitement.

Il lui faut de réhabituer à vivre hors de l'hôpital et de cette atmosphère de confiance qui s'était progressivement instaurée. De plus, l'enfant va être rapidement confronté à un autre problème majeur : le dire ou pas.

A l'hôpital, tous les membres du personnel soignant sont des interlocuteurs potentiels : ils sont tous au courant de sa situation et la maladie ne les choque pas. Dans l'univers des malades, l'enfant est une unité parmi d'autres.

A l'extérieur, il devient un objet d'attention.

La maladie déclarée risque de marginaliser un être déjà fragilisé. L'enfant va difficilement pouvoir suivre tous ses camarades de jeux dans leurs efforts physiques. Il sera alors en partie rejeté parce qu'il est incapable de suivre.

Le risque d'être écarté par le groupe est omniprésent.

Certains enfants tentent d'échapper à cette situation en restant chez eux, en restreignant leurs activités ou en refusant tout contact social.

Il s'ensuit une situation proche des phobies sociales.

La famille prend alors des allures de « dernier refuge ».

Les parents sont idéalisés, les frères et les sœurs sont vus comme des confidentes privilégiés.

Mais, le groupe familial est lui aussi le siège de conflits, où la maladie de l'enfant tient pour une bonne part de responsabilités.

Les parents oscillent entre une hyperprotection, et des encouragements à l'indépendance (l'enfant doit mener une vie normale).

Mais cette dernière attitude risque d'être prise pour un rejet.

Les frères et les sœurs prennent mal cette hyperprotection, la jalourent et menacent l'équilibre familial.

## **QUAND L'ENFANT EST MENACE DE MORT**

Parfois, l'évolution est défavorable. L'enfant va mourir. L'angoisse qui présidait à l'annonce de la pathologie va ressurgir chez les parents.

Mais contrairement à la croyance populaire, l'enfant le sait rapidement.

Le comportement change brusquement, passant de l'agressivité au mutisme total, de l'exaltation aux larmes.

Personne n'est préparé pour réagir face à une telle situation.

La seule règle possible est de rester toujours ouvert à la discussion.

Le recours à un psychologue pour la famille, le malade ou l'équipe soignante devrait être envisagé.

L'erreur la plus fréquente consiste à tenter d'évacuer le problème dans des conduites dérivatives. On pense à autre chose, on évite de penser...

Mais, les problèmes reviennent sans cesse. Il faut accepter leur existence, accepter d'en parler.

## **CONCLUSION**

L'enfant malade a droit à autant de considération et d'explications que ses parents.

Les parents se sentent culpabilisés, l'équipe ne doit pas contribuer à les marginaliser.

Le rôle de l'équipe soignante ne s'arrête pas au moment où l'enfant sort du service. Elle reste par la suite un confident privilégié.