

Répercussions psychiques du handicap physique grave chez l'adolescent pris en charge en service de médecine physique et réadaptation

N. Girardon, A.-C. de Crouy, F. Radiguer, H. Dorey, M. Lorent, A. Elurse

Écrire une présentation exhaustive des répercussions psychiques pour toutes les situations cliniques de handicap physique grave chez l'adolescent serait une gageure du fait de la diversité des pathologies et des situations individuelles. Nous avons choisi de décrire, dans une perspective psychodynamique, les principaux enjeux de développement psychoaffectif dont il faut tenir compte en priorité chez ces jeunes patients, les difficultés d'adaptation à leur condition médicale et les spécificités de leur travail de rééducation en service de médecine physique et réadaptation (MPR). Nous rendons compte des différentes manières d'appréhender ce sujet dans la littérature internationale (mesure de la qualité de vie, stratégies de coping, conséquences psychiatriques éventuelles) dans laquelle les études sur la population strictement adolescente demeurent rares et les méthodologies disparates. Nous terminons par des recommandations en direction des médecins de rééducation et des psychiatres et psychologues de liaison amenés à travailler ensemble auprès d'eux.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Adolescence ; Handicap physique grave ; Service de médecine physique et réadaptation ; Problématique de dépendance ; Répercussions psychiques

Plan

■ Définition du handicap physique grave	1
■ Étapes de la rééducation en service de médecine physique et réadaptation pour l'adolescent	2
■ Évaluation du retentissement psychique	2
Particularités de l'évaluation du retentissement psychique liées à l'âge	2
Vécu et souffrance	2
Type de handicap et ses circonstances d'apparition	2
Mesure des répercussions psychiques dans la littérature	2
■ Destin psychique de l'événement à l'origine du handicap	3
Annonce du handicap	3
« Pouvoir » de l'événement sur l'entourage	3
Dans le cas du handicap précoce	3
■ Enjeux de développement à l'adolescence	3
■ Répercussions psychiques du handicap physique grave	3
Prise de conscience	3
Spécificité à l'adolescence	4
Adolescence, deuil et handicap	4
Handicap visible, handicap invisible	4
Narcissisme et estime de soi	5
Répercussions familiales	5
Différentes stratégies de défense	5
■ Tentative de repérage des conséquences psychiques du handicap physique grave	5
Corps	5
Comportement	6
Compliance aux soins	6
■ Conséquences sur la prise en charge en service de médecine physique et réadaptation	7
Pour le médecin de rééducation confronté à l'annonce du handicap et aux questions du patient concernant le pronostic	7
Pour le psychiatre et le psychologue de liaison	7
■ Conclusion	8

■ Définition du handicap physique grave

Nous limiterons notre étude aux répercussions psychiques des handicaps physiques graves (HPG) chez l'adolescent hospitalisé ou suivi dans un service de médecine physique et réadaptation (MPR) dont les principales pathologies rencontrées sont indiquées dans les **Tableaux 1 et 2**. On retiendra comme définition du handicap celle de la loi du 11 février 2005 (n° 2005-102) pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération

Tableau 1.
Lésions acquises.

Non évolutives	
<i>Traumatiques</i>	
Avec troubles cognitifs	Traumatisme crânien grave
Sans troubles cognitifs	Blessé médullaire
	Amputation
	Polytraumatisme
<i>Non traumatiques</i>	
Avec troubles cognitifs	Accident vasculaire cérébral
Évolutives	
Cancérologie	
Maladies tumorales non cancéreuses	Neurofibromatose
Infectiologie	Tuberculose osseuse
Maladies inflammatoires	Avec atteintes neurologiques : sclérose en plaques, neurolypus, encéphalite limbique
	Avec atteintes ostéoarticulaires : polyarthrite chronique juvénile

Tableau 2.
Lésions congénitales.

Non évolutives	
Spina bifida	
Infirmité motrice cérébrale	
Séquelles d'infections gravidiques	
Évolutives	
Maladies neurologiques dégénératives	Cytopathies mitochondriales Syndrome de Rett
Maladies musculaires évolutives	Myopathie de Duchenne
Maladies ostéoarticulaires	Ostéogenèse imparfaite
Maladies métaboliques	Maladie de Wilson

substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou trouble de santé invalidant. » [1].

■ Étapes de la rééducation en service de médecine physique et réadaptation pour l'adolescent

Chacune de ces étapes revêt une importance particulière pour le jeune et sa famille. Facteurs de déstabilisation intense, de remise en question souvent brutale des perspectives d'avenir, elles doivent être bien connues des spécialistes intervenant dans ces services, car la mesure des répercussions psychiques de ces handicaps à l'adolescence et leur accompagnement sont indissociables du projet médical, dans le respect des règles de la psychiatrie et de la psychologie de liaison [2]. Ces étapes comprennent la contractualisation du soin, les bilans et la phase aiguë de rééducation, l'annonce du handicap, la réadaptation et la sortie du centre.

■ Évaluation du retentissement psychique

Ces pathologies ont un retentissement psychique plus ou moins important pour plusieurs raisons :

- du fait de l'impact sur la vie familiale, sociale et scolaire ;
- parce qu'elles touchent à l'intégrité corporelle ;
- parce qu'elles sont très souvent à l'origine de phénomènes douloureux.

De même si, le plus souvent, le handicap est secondaire à un processus morbide (maladie invalidante) ou traumatique (les accidents représentent la première cause de décès, de handicaps acquis et d'hospitalisation à l'adolescence), il peut être aussi la conséquence d'une conduite à risque ou d'une mise en danger délibérée comme les tentatives d'autolyse (phlébotomie, déféstration volontaire, prise massive d'insuline, etc.) [3]. Citons également les situations de handicap aggravé et pérennisé par une psychopathologie masquée comme chez certains patients douloureux chroniques ou souffrant d'exclusion motrice d'un membre ainsi que dans les pathologies à manifestations neuropsychiatriques d'emblée (maladie de Wilson, encéphalite). Comme le pointaient déjà Lebovici et Fardeau [4], les éléments psychologiques intervenant dans la perception personnelle de sa situation d'infirme demeurent très difficiles à appréhender pour l'adolescent et sont pourtant d'une importance fondamentale. Les perspectives psychologiques et psychopathologiques sont encore très mal mesurées d'autant plus que très peu de données de la littérature spécifique à leur âge existent. Néanmoins, d'une part, il n'existe pas de lien univoque entre une affection organique donnée et un type particulier de profil psychique et, d'autre part, il faut se garder d'attribuer systématiquement à un handicap l'origine de toutes les difficultés, ce qui réduirait le sujet à sa maladie [5]. Il y a la spécificité unique de l'adolescent avec son histoire familiale, sa personnalité antérieure, ses ressources propres et celles de son entourage.

Particularités de l'évaluation du retentissement psychique liées à l'âge

Ce que l'adolescent peut exprimer à un moment donné et à un professionnel particulier révèle de manière très incomplète les répercussions de ce qu'il vit en profondeur. Son état psychologique est souvent très fluctuant quand il va mal et, de plus, il faut tenir compte de ce que Jeammet [6] a décrit sous l'expression d'« espace psychique élargi » : L'adolescent cède – inconsciemment – à son entourage une part des fonctions de son appareil psychique. En pratique, un ou plusieurs membres de cet environnement deviennent un support pour les projections de l'adolescent qui s'en sert pour se protéger de son monde interne en en affirmant avec véhémence le caractère de réalité externe. Ces adultes de l'entourage peuvent aussi servir de contenant sporadique à son appareil psychique, lui évitant une tension interne trop grande, à condition de pouvoir « traiter » les projections de l'adolescent pour les lui renvoyer, élaborées, nuancées et plus tolérables. De plus, chez les adolescents et surtout chez les plus jeunes, le pouvoir de l'événement médical, par ses conséquences psychologiques sur l'entourage familial, se répercute irrémédiablement sur l'état psychologique par un effet boomerang et vient révéler l'importance de la qualité d'attachement du sujet aux figures parentales. Cette dimension complique considérablement la compréhension des mécanismes de répercussion psychique du handicap sur le sujet pris individuellement. Soulignons ici la fréquence des plaintes somatiques à cet âge pour exprimer un malaise psychique et l'interférence de celles-ci avec les plaintes en lien direct avec le sentiment d'inconfort physique (qu'il soit douloureux ou non) provoqué par le HPG.

Vécu et souffrance

Il est difficile de dissocier le vécu du retentissement psychologique du handicap, car il s'agit des deux termes d'une adaptation psychologique plus ou moins réussie [7].

La souffrance est à respecter dans une certaine mesure, les réactions de révolte également. On peut même s'inquiéter de l'absence de réaction d'opposition ou de réaction dépressive pendant le parcours rééducatif qui peut être révélatrice d'un mécanisme d'isolation affective. Le droit à la souffrance de l'adolescent est un premier pas vers la connaissance de la crise qui l'affecte, des conflits auxquels il se trouve confronté et donc une première étape vers la possibilité de l'aider à les élaborer sans les dénier en s'enfermant dans le symptôme ou le trouble du comportement [8].

Type de handicap et ses circonstances d'apparition

La particularité du handicap doit également être prise en compte dans les répercussions psychiques ainsi que les modalités d'échanges et de rencontres avec le « corps médical ». En effet, l'identité subjective n'est pas altérée de la même manière selon le type de handicap. Doivent être distingués son caractère visible ou « invisible », son évolutivité, ses difficultés de représentation par le patient (maladies « abstraites »), l'existence d'un risque vital, son âge de début, son éventuelle transmissibilité (génétique), ses répercussions sur le développement pubertaire et la croissance, son caractère définitif ou temporaire, ou bien encore l'existence d'une atteinte cérébrale.

Mesure des répercussions psychiques dans la littérature

Les recherches sur la fréquence d'une psychopathologie chez les adolescents ayant un HPG sont plutôt l'émanation des services de pédiatrie ou de rééducation fonctionnelle. Même si certains travaux ne présentent pas systématiquement les antécédents de maladie ou de handicap chronique comme un facteur de risque de psychopathologie, ils sont cependant reconnus comme un facteur de risque de dépression, de troubles anxieux, d'une majoration de la dimension conflictuelle avec

l'entourage ou de tentatives de suicide aux multiples déterminants [9, 10]. Dans une population pédiatrique, 10 % des adolescents souffrant d'une pathologie somatique chronique ont des antécédents de tentative de suicide et, inversement, 10 % des tentatives de suicide hospitalisées concernent des adolescents souffrant d'une affection chronique [11].



■ Destin psychique de l'événement à l'origine du handicap

Annnonce du handicap

L'annonce peut être distinguée de la révélation (Golse [12]) :

- révélation pour dévoilement d'une nouvelle ;
- annonce dans sa dimension graduelle, dans ce travail progressif qui évite un traumatisme par à-coups.

Dans la révélation, c'est tout autant la vérité qui compte que les énigmes qui s'y attachent, car la vérité a ses limites. « Cela devait arriver, je me sentais invincible avant, j'ai eu ce que je méritais, cela m'a remis dans le droit chemin », autant de réactions caractéristiques de ce que le patient tente de comprendre de ce qu'il a subi pour en imaginer un sens, un message souvent dans des registres ordalique, héroïque ou magique. Certains, plus accessibles à la culpabilité, ont beaucoup de difficultés à admettre qu'ils ne méritent pas ce sort. D'autres n'attendent que le procès quand un tiers est responsable de leur état avec l'émergence d'un discours de plus en plus vindicatif : « Si je le revois je le tue, il faut qu'il paye. » Certains craignent la confrontation d'un parent avec le responsable présumé de l'accident : « J'ai peur que mon père le tue au tribunal. » La demande de réparation peut soutenir le patient autant sur le plan narcissique (exigence de réparation matérielle pour compenser une perte physique) que par rapport à la gestion des affects agressifs. Le handicap peut être aussi un événement à venir comme dans le cadre de l'annonce d'un pronostic (« vous ne remarquerez plus »), soulevant des questions délicates autour des risques de la prédiction (Golse [12]).

« Pouvoir » de l'événement sur l'entourage

Les accidents survenant à l'adolescence et chez les jeunes (à partir de 16 ans) sont tout particulièrement à l'origine d'un nombre non négligeable d'incapacités permanentes [3]. L'événement – accident, annonce de handicap – est une donnée de l'expérience dans laquelle rentre toujours un élément de surprise qui en fait un événement mental pour un sujet ou un groupe de sujets donné (famille) [13]. Il faut alors se demander comment cet événement va interférer dans le fonctionnement mental des uns et des autres. Les parents se retrouvent contraints d'avoir une position intrusive et voyeuriste vis-à-vis de la vie intime de leur enfant ou des décisions à prendre (mise sous curatelle). La famille a besoin de se raconter une fiction en créant des liens réels, mais aussi imaginaires autour de « l'événement médical central » et concernant plusieurs événements satellites (relation sentimentale ou amicale, scolarité, etc.) d'autant plus facilement qu'elle reprend, du fait de la dépendance majeure engendrée par l'état physique, un rôle qu'elle avait dû abandonner pour laisser leur enfant s'autonomiser. Mais c'est aussi un besoin de créer du sens là où l'événement imprévisible de l'accident ou de la pathologie s'efforce de rompre une logique événementielle programmée et « symbolique ». C'est la dimension « magique » de l'interprétation d'une chaîne d'événements [13] qui peut donner une tonalité fataliste ou ordalique au discours de certains patients ou parents (en dehors de tout contexte de prise de risque ou de mise en danger délibéré) : « ma fille allait sûrement très mal avant d'avoir cet accident de la route, car elle venait de partir de la maison pour aller faire ses études », ou bien venant d'un patient traumatisé crânien : « Cela devait arriver, je l'ai mérité parce que je ne m'entendais plus bien avec mes parents. » Il faut enfin insister sur le pouvoir « critique » de l'événement qui dévoile un conflit, une intention secrète, événement miroir de soi-même au même titre que le comportement à l'adolescence parle souvent plus de lui que ce qu'il est capable de dire sur lui [13].

Dans le cas du handicap précoce

L'événement provoqué par la découverte d'une malformation en période périnatale suscite des manifestations intenses marquées dans l'après-coup immédiat par la déception et selon les cas par des réactions de honte, d'agressivité, de rejet, de désinvestissement de la grossesse en cours (découverte anténatale) [14]. L'enfant crée une brèche dans le projet générationnel de ses parents et de ses idéaux. La relation qui s'instaure alors est entachée par la blessure narcissique provoquée par le handicap et toute la culpabilité qui y est liée.

L'adolescent peut vivre ses difficultés psychiques en lien avec son handicap de manière très décalée par rapport aux *répercussions psychologiques de la révélation du handicap pour les parents* :

- espoir d'une amélioration ou d'une guérison après l'adolescence et déception à la mesure des attentes du côté des parents ;
- exacerbation de la conflictualité du côté de l'adolescent avec nouvelle appropriation du handicap par intercession du processus pubertaire.

Le travail avec ces familles consiste souvent à faire prendre conscience de ce décalage, source d'incompréhension mutuelle entre parents et enfants. Il participe activement au processus de différenciation de l'adolescent, mais risque alors d'être vécu de manière particulièrement traumatique pour le parent et donc d'autant plus conflictuelle pour l'adolescent.

■ Enjeux de développement à l'adolescence

L'adolescence est une période charnière de la vie psychique, marquée par d'importantes transformations corporelles, relationnelles et affectives qui impliquent un remaniement du fonctionnement mental et de l'organisation de la personnalité. La puberté renouvelle les conflits de l'enfance et cette réactualisation, sous-tendue par les nouvelles dimensions du désir et la distanciation par rapport à la famille nécessite un nouveau travail d'élaboration psychique du sujet.

Il faut savoir prendre en compte, plus qu'à tout autre âge de la vie, les deux réalités de l'adolescent que sont, dans une perspective psychodynamique [6] :

- sa *réalité externe* c'est-à-dire ses rapports avec son entourage familial, son comportement dans le service, la réalité scolaire et, bien sûr, le corps dans sa réalité biologique et médicale ;
- sa *réalité interne*, c'est-à-dire son rapport à lui-même, sa capacité réflexive, ses représentations, ses affects et son univers fantasmatique.

Il s'agit ainsi d'être très attentif à la fois à ce qui se joue dans l'interaction entre l'adolescent et son entourage et à la réalité interne du patient et donc à ce qui a trait de manière plus ou moins conflictuelle à la sexualité, à l'agressivité et la culpabilité, aux problématiques articulées autour de notions comme activité/passivité et dépendance/indépendance [15].



■ Répercussions psychiques du handicap physique grave

Prise de conscience

L'existence d'un handicap physique à l'adolescence prend le contre-pied des exigences développementales et touche à l'équilibre narcissique [9]. L'urgence du corps à soigner et la nécessaire lenteur du travail psychique entrent alors en conflit [16]. En témoignent les cinq phases classiquement observées dans la prise de conscience du handicap dont le déroulement peut se faire sur plusieurs années [17] :

- « Pourquoi moi ? » avec un sentiment profond d'injustice ;
- « Ce n'est pas vrai, j'ignore mon handicap » ;
- « Je refuse ou j'évite toute aide ou participation à une activité » ;
- « Je déprime et je ne fais plus de projets » ;
- « Bon, il faut que je fasse avec » (à défaut d'accepter son handicap).

E. Kubler Ross [18] a décrit ce travail spécifique dans la clinique du traumatisme et le décline sous forme de stades. Quand le handicap est brutal, il fait effraction dans le réel : il y a sidération, état de choc suite à l'événement avec une impossibilité à mentaliser, le déni vient comme une défense nécessaire pour repousser la représentation insupportable pour le psychisme du sujet. La colère, l'agressivité vont parfois être projetées dans toutes les directions sur l'entourage, les soignants, l'autorité médicale. Le patient « sait » qu'il a perdu quelque chose d'essentiel. Les pertes peuvent être multiples : physiques, mais également dans le projet de vie et atteindre l'investissement narcissique dans l'image et l'amour qu'on a de soi.

L'état dépressif vient amorcer le travail de prise de conscience. Il peut se manifester par un refus de soins, de coopération dans la prise en charge médicale et rééducative. Les attitudes de replis régressifs massifs avec refuge dans le sommeil et/ou refus de s'alimenter peuvent apparaître et soulèvent d'énormes mouvements émotionnels chez les proches et chez les soignants. Puis, va venir ensuite le temps du réinvestissement de l'avenir avec la dimension du désir et de la position subjective revendiquée.

Spécificité à l'adolescence

Plus l'apparition du handicap physique est proche de celle de la puberté, plus l'adolescent se trouve confronté à une situation explosive fortement empreinte de culpabilité avec un vécu fantasmatique de nécessaire punition face à la montée des désirs sexuels génitaux parallèles à la puberté [19]. Les préoccupations sur la sexualité concernent la fertilité, la puissance chez le garçon, les capacités de séduction, les fantasmes de castration (notamment quand il y a un risque d'amputation d'un membre), l'identité sexuée ou encore un vécu de passivité, équivalent inconscient de soumission homosexuelle.

Les circonstances à l'origine du handicap en particulier quand il s'agit d'un accident (sportif, de la circulation) peuvent accentuer l'émergence de tels fantasmes, bien que l'expression et la verbalisation de cette culpabilité ne soit pas courante dans notre expérience, même quand l'adolescent est seul à l'origine de cet accident. Il s'agit plutôt selon nous d'une *problématique de la honte* – donc dans sa dimension narcissique – que viennent traduire certaines expressions symptomatiques comme le mutisme, les mises en danger masochistes par défaut de complaisance au traitement et la régression vers des modalités de dépendance aux soignants dépassant largement le degré de dépendance physique réel. L'expression d'une colère verbalisée, qu'elle soit adressée à lui-même ou aux éventuels responsables de l'accident, et que les étapes judiciaires de la reconnaissance d'une réparation du préjudice subi viendront canaliser, est une étape maturative probablement indispensable dans ce long processus de reconstruction identitaire et sociale. De même, cette colère peut être adressée indirectement aux parents : l'adolescent peut très bien se dire qu'au fond ceux-ci n'étaient pas là au bon moment pour le protéger ou lui interdire l'activité, dans le cadre des loisirs par exemple. L'expression de ces reproches démontre alors que le sujet ne s'en prend plus à lui-même, qu'il peut s'autoriser à éprouver l'étayage parental. Cela est à rapprocher du mécanisme « d'objectalisation » de la maladie décrit par Slama [20] : le handicap prend signification au sein de l'organisation œdipienne pubertaire en termes de représentations, de réorganisation et de défense. Ce « travail de la souffrance » permet une redistribution libidinale et « d'objectalisation » qui signe le passage de la blessure narcissique inhérente à la maladie, non élaborée au niveau du Moi, à une mise en représentation de cette blessure qui prend valeur d'objet par rapport au Moi. Le « travail de la maladie », concept proche, consiste en un ensemble d'opérations psychiques permettant au patient un réinvestissement libidinal de son corps malade et du monde extérieur [21]. Il est conçu comme un

ensemble d'opérations psychiques qui vise à la fois la représentation de la maladie et l'élaboration des pertes. Il permet au patient d'élargir ses représentations de « l'événement maladie », de lui attribuer d'autres significations moins accablantes, de jouer un rôle plus actif dans la gestion des symptômes et des traitements.

Adolescence, deuil et handicap

La spécificité du « travail de deuil » chez les adolescents réside, d'une part, dans la sommation des métamorphoses du corps normal pubère et de celles liées au handicap physique et, d'autre part, dans l'intrication de ce travail de deuil avec les expériences de perte et de séparation inhérentes au processus d'adolescence à savoir : perte du corps infantile et du lien maternel primaire, perte des images parentales idéalisées, perte engendrée par la confrontation entre les aspirations personnelles et parentales de l'adolescence et la réalité, s'accompagnant d'une diminution de l'estime de soi, perte d'un certain type de relation aux parents.

Handicap visible, handicap invisible

Les signes organiques visibles de nos jeunes handicapés et leurs stigmates matériels (fauteuil, prothèse, orthèse, corset, etc.) mettraient davantage en échec les possibilités de fantasmatisation à l'égard du corps érogène n'offrant au regard que l'aspect fonctionnel défaillant et seraient un facteur contre-élaboratif de ce travail d'objectalisation de la maladie selon certains [20]. Les critiques faites aux enfants sur leur apparence par les adultes ou les pairs, en particulier chez les filles adolescentes, ne sont pas sans conséquences ni sans danger comme en témoignent certaines études mettant en évidence que l'image qu'a d'elle-même une jeune personne handicapée est plus altérée par un handicap visible sans limitation fonctionnelle que par un handicap invisible avec limitation fonctionnelle [22]. Ainsi Lewinsohn [23] trouve une augmentation de 20 % à 50 % du taux de troubles affectifs et d'adaptation chez les adolescents porteurs de maladie chronique avec un handicap moteur par rapport aux témoins indemnes de maladie.

Mais toutes les études ne le démontrent pas, notamment entre des groupes d'adolescents présentant un handicap visible versus une maladie invisible tout à fait comparables en termes de bien-être émotionnel ou de vie sexuelle [24]. Pour nous, les caractéristiques concrètes, mesurables des progrès ou régressions par le patient du handicap visible (à expression motrice principalement) sont en mesure de supporter, de contenir un certain nombre d'angoisses actuelles. Le handicap reste objectivable dans une certaine mesure et donc protège d'un inconnu et d'une imprévisibilité sans limite. Il constitue une limite aux stratégies de déni. Il n'en est pas de même pour les pathologies somatiques invisibles, qu'elles soient anosognosiantes – séquelles cognitives du traumatisme crânien et de certaines encéphalites – ou « abstraites » – diabète insulinodépendant, drépanocytose, maladies auto-immunes – pour lesquelles il est impossible d'en définir des contours concrets au niveau corporel. Les interactions entre corps malade et *self* autorisent les premières à un certain degré de maîtrise psychique sur le corps que les situations cliniques des secondes empêchent. Cela peut aussi se mesurer à travers des réactions de l'entourage. Les auteurs de l'étude de Storch et al. [25] concluent que, comparés aux enfants sans signes visibles, ceux présentant d'évidentes différences reçoivent plus de soutien et de guidance de la part des parents, enseignants et camarades. L'absence de visibilité de la maladie conditionnerait une plus grande difficulté à percevoir ou simplement à reconnaître la maladie donc à s'y adapter. Cela est particulièrement vrai chez les adolescents cérébrolésés dont la place parmi les pairs est plus volontiers remise en question.

Finalement, plus l'écart par rapport à la norme est grand, plus la *comparaison avec la normalité* est inepte et plus l'acceptation de cet état semble facilitée. Plus cet écart est réduit, plus il est potentiellement source de souffrance. C'est la dépendance

médicale en tant qu'atteinte à la liberté personnelle qui est le facteur le plus unanimement redouté (ne pas pouvoir faire comme « tout le monde »). En même temps, la fin d'une hospitalisation, d'une thérapie lourde peut être interprétée inconsciemment comme un abandon, voire un rejet chez les adolescents les plus carencés. La dépendance médicale comporte alors toute une dimension d'étayage qui parfois répond « secrètement » aux besoins affectifs de l'enfant bien au-delà de ce que les équipes soignantes et les médecins imaginent.

Narcissisme et estime de soi

Au-delà des particularités propres à chaque handicap, la problématique commune à tous ces jeunes patients réside dans l'équilibre entre narcissisme et gestion de la dépendance. La plupart des réactions psychocomportementales peuvent être décryptées sous l'angle du conflit narcissico-objectal. L'estime de soi est le reflet de l'organisation narcissique du sujet. Elle détermine la capacité que nous avons à croire en notre réussite, en nos compétences, et à nous adapter à de nouvelles situations, en facilitant ou en inhibant notre engagement dans certaines stratégies [26]. Elle touche aussi à la reconnaissance sociale, aux représentations de son propre corps et de son aspect physique, à la représentation du futur et au rôle d'affirmation de soi que joue le projet de l'adolescent concernant son avenir [16]. À l'adolescence, la confrontation entre les objectifs idéaux, les désirs et la réalité de la vie provoque une diminution de l'estime de soi. On a pu montrer que les adolescents qui fréquentent les services médicaux ont une perception plus négative concernant leur apparence physique et qu'il existe une relation entre le nombre croissant d'événements de vie négatifs et la diminution de l'estime de soi [26]. Il peut être intéressant d'observer avec Mazet [15] que les difficultés et les échecs dans la rééducation ne sont pas forcément liés aux conséquences directes du handicap, mais plutôt aux perturbations importantes de l'estime de soi.

Répercussions familiales

La réalité du handicap va entraîner d'inévitables remaniements libidinaux narcissiques et fantasmatiques du côté parental à l'égard de leur enfant. Les réactions sont variées et dépendent de l'histoire de chacun, du couple et de la famille. La souffrance, l'angoisse submergent les parents dès l'annonce de l'accident somatique. Quand ils arrivent à parler, ils décrivent un vécu de violence inouïe ressentie, notamment dans les services de réanimation où le pronostic vital de leur enfant est engagé. L'évocation de la prégnance de l'angoisse inénarrable s'évoque dans leur sensibilité à l'environnement qu'ils appréhendent dans le sensorimoteur : le silence des médecins, le bruit des machines, l'odeur, etc. L'attente, le temps sont suspendus. L'absence de certitudes concernant l'évolution les conduit à aménager un système défensif plus ou moins efficace et coûteux. De même, la réalité du handicap somatique grave agit comme révélateur de la problématique relationnelle de l'enfant et de sa famille, mais aussi des parents entre eux, et de chaque parent en particulier.

Différentes stratégies de défense

Marcelli [9] a tenté de classer les différents types de réactions négatives chez l'adolescent : réaction d'ambivalence agressive et anxieuse à l'égard du traitement, atteinte importante de l'image de soi, adolescence « évitée/supprimée », déni de la maladie, dépression et/ou tentatives d'autolyse enfin la « clinique de la rupture » avec risque de désocialisation plus globale sous-tendue par un vécu abandonnique et la croyance en une guérison magique qui redonne à l'adolescent sa toute-puissance infantile et sa capacité à contrôler son environnement. Selon nous, toutes ces réactions sont toujours à mettre en relation avec l'intensité du lien de dépendance parent-enfant et la

Tableau 3.

Stratégies de *coping* communément employées par les adolescents en réponse à une pathologie chronique ou à une hospitalisation (d'après Hofmann, 1997 [27]).

Adaptées	
Intellectualisation	Le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes par un usage excessif de la pensée abstraite pour éviter de repenser à des sentiments dérangeants [28]
Compensation	Le sujet remplace l'activité qu'il ne peut réaliser par de nouvelles activités constructives, développe son autonomie, son estime de soi, son contrôle de lui-même
Déplacement	Le sujet déplace ou généralise un sentiment ou une réponse d'un objet vers un autre habituellement moins menaçant : il se fait par exemple du souci pour les réactions de ses frères et sœurs
Mal adaptées	
Acting out	Le sujet manipule les autres pour attirer l'attention, contrôler une situation ou une personne, ou éviter de participer aux activités non désirées
Panique	Réaction de peur avec fuite, comportement agressif incontrôlé, fugue, crise de nerfs
Projection	Le sujet désavoue ses propres sentiments, ses intentions et son vécu en les attribuant aux autres, généralement à ceux par lesquels il se sent menacé [28]
Adaptées ou mal adaptées	
Régression	Retour à une position de plus grande dépendance infantile. Appropriée quand les soins doivent être réalisés par les adultes ; inappropriée quand le patient est capable de les faire seul. Habituelle en postopératoire ou au début d'une maladie, mais doit se résoudre en période de convalescence
Déni	Refus de reconnaître les conséquences d'une maladie comme si elle n'existait pas. Adapté quand le déni est limité aux aspects les plus graves de la pathologie, facilite la compliance ; inadapté quand il est généralisé, facteur de mauvaise compliance
Retrait, mise à distance, isolation	Suppression de l'investissement émotionnel envers les autres. Approprié quand la maladie est grave, car le patient a besoin de conserver son énergie pour aller mieux ou bien en phase terminale ; inadapté dans les autres situations

nature de l'investissement de la partie du corps malade par les parents. L'étude des stratégies de *coping* est une autre manière d'appréhender ces réactions au handicap ou à la maladie chronique [27] (Tableau 3).

■ Tentative de repérage des conséquences psychiques du handicap physique grave

Trois dimensions peuvent nous aider à repérer les conséquences psychiques du HPG à l'adolescence : le corps, le comportement et la compliance aux soins (les 3 « C ») :

Corps

Le corps, réalité biologique, fait partie des représentations de soi conscientes, préconscientes et inconscientes, notamment par

les représentations de l'image du corps et du schéma corporel [20]. L'investissement du corps est prévalent et se manifeste par un intérêt extrêmement fort à ce que l'on donne à voir aux autres, au paraître. La recherche vestimentaire, esthétique, les accessoires d'ornement du corps, les imitations d'accents, de mimiques, de positions corporelles sont souvent au premier plan. Le corps inscrit définitivement le sujet adolescent, adulte en devenir, dans la filiation et la sexualité tandis que ses métamorphoses pubertaires sont subies passivement. Il est investi par la libido et est un moyen de communiquer avec l'autre. À propos des adolescents atteints de maladie chronique gravement invalidante, Scelles [29] rappelle que la puberté a un effet sur le vécu du handicap et que le handicap a des effets sur celui de la puberté. Dans certains cas, le handicap peut apparaître comme ce qui est familier et les transformations du corps être vécues comme étranges. Le HPG marque « une rupture » par rapport à l'état de santé antérieur. L'adolescent fait l'expérience de sa fragilité et de sa défaillance. Ce corps, jusque-là, ne lui avait pas fait défaut. Le handicap va venir marquer une temporalité indélébile : il y a dans la vie du sujet « un avant et un après », entraînant une soudaine prise de conscience de la faillibilité d'un corps vécu jusque-là comme invulnérable ou éternel [5]. L'atteinte de l'image du corps bouleverse le rapport à soi-même, à l'estime de soi. Certains adolescents porteurs d'un handicap affichent un mépris à l'égard de leur corps qui va devenir le lieu privilégié d'expression des pulsions destructrices. Les adolescents souffrant d'un handicap physique visible et nécessitant pour leurs déplacements un appareillage complexe (matériel métallique, corset, prothèse mécanique, etc.) créant une sorte d'être hybride, peuvent être tentés de devenir une image monstrueuse pour eux et vis-à-vis d'autrui, car ils sont, plus qu'à tout autre moment de leur vie, en train de façonner leur identité au gré des événements corporels physiologiques. Le terme de monstrueux est pris ici dans un sens évolutionniste et tératologique, mais aussi dans son acception première à savoir le signe annonciateur d'événements destinés à bouleverser l'ordre du monde ou de l'histoire [30].

Les conduites centrées sur le corps (auto-offense) et les troubles à expressions somatiques (sommeil, alimentation, douleurs) permettent d'exprimer tout à la fois une revendication affective, un besoin régressif et un vécu dépressif [6]. En effet, dans un moment de débordement psychique, le corps peut rester le garant de la continuité du sujet. Il résiste, il est à la disposition du sujet, en particulier s'il ressent la nécessité de se faire du mal. Le corps a d'ailleurs ce statut particulier d'être perçu par la psyché comme un trait d'union entre réalité interne et réalité externe.

Comportement

Les cibles privilégiées des mécanismes de défense comportementaux d'autosabotage sont centrées sur le corps, en partie ou en globalité (anorexie), sur les capacités cognitives (inhibition, refus scolaire), sur les capacités relationnelles (relation d'emprise sur l'environnement avec conflits violents) et sur les liens avec la filiation (comportement social, sexualité, fréquentation). C'est par une attitude de refus que l'adolescent fragilisé narcissiquement affirme son identité et sa différence. Rester dans la lignée symbolique de la filiation, être dans le plaisir avec ses parents, c'est risquer de perdre son identité.

Compliance aux soins

L'adolescence favorise la non-observance, car elle a des exigences pulsionnelles qui sont radicalement à l'opposé des exigences rationnelles de soin d'une pathologie invalidante.

Cette non-observance permet à l'adolescent, d'une part, de s'exprimer, de vivre toutes les contradictions qui l'habitent, mais, d'autre part, le met plus facilement qu'un autre dans une dimension de sabotage qui peut le dépasser. Deux niveaux de fonctionnement peuvent être pris en compte dans la non-observance, un niveau « destructurant » et un niveau « structurant » [31].

Niveau destructurant

Ce sont les situations de non-respect avéré des prescriptions, voire de refus de traitements pouvant concerner tous les types de prescriptions, qu'il s'agisse d'un régime alimentaire, d'une rééducation ou d'une psychothérapie et qui s'appliquent également aux rendez-vous de consultation [32]. Mais la non-observance prend aussi d'autres formes : absentéisme scolaire, défaut de participation à des activités prévues, non-respect des aspects réglementés de la vie collective, ce qui le plus souvent favorise des troubles du comportement avec auto- ou hétéro-agressivité, instabilité comportementale, agressivité verbale, opposition.

La non-observance peut s'apparenter à une forme de tentative de suicide où la dimension dépressive, souvent peu perceptible, non verbalisée est présente. Ces situations traduisent en général un climat de profonde insécurité, avec, à l'extrême, des comportements qui peuvent être l'expression de véritables attaques du corps propre, conséquences de la haine et de la violence dirigées contre la partie malade du corps. Elle survient alors dans des contextes difficiles où la maladie seule n'est pas en cause : parents fragiles en difficulté ou séparés, problèmes familiaux plus larges, ou contexte social particulier. Ces situations de non-respect avéré des prescriptions ne sont pas fréquentes, mais elles sont toujours hautement symptomatiques. Elles ne sont pas le fait d'un simple manque d'éducation à la maladie ou au traitement, mais traduisent généralement un climat de profonde insécurité où se mêlent angoisses, révolte, déni et culpabilité. L'important est de savoir en décoder la véritable signification qui peut recouvrir rejets de tous ordres, violences subies, préoccupations liées à l'image corporelle ou à la sexualité, sentiments d'injustice ou d'abandon, dépression et idées suicidaires, etc. [32]. Cette part destructurante est liée à l'impossibilité d'accepter les limitations induites par la maladie à un moment où toute la réalité extérieure s'organise autour de la réalité corporelle. Il faut préciser ici que certaines pseudoacceptations des soins peuvent témoigner de l'inamovibilité des aménagements défensifs mis en place depuis l'enfance et laissent présager un défaut d'élaboration du passage adolescent vers le devenir adulte.

Niveau structurant

Cependant, un défaut de compliance contribue en même temps au réaménagement de la distance avec les parents. La non-observance permet de lutter contre la passivité vécue comme dangereuse. Les troubles du comportement prennent rapidement une fonction de régulation de la distance relationnelle entre la fusion et la perte. Par ce biais, l'adolescent est vu, il est considéré, il échappe en partie au pouvoir des adultes [33]. Le défaut de compliance permet de trouver un compromis face aux contraintes du traitement. Ce compromis va se traduire par une *attaque du cadre de soins* qui est à comprendre paradoxalement comme une tentative de survie, tentative d'être indépendant et autonome, de se défaire de la maladie [34]. Il tente d'aménager cette relation de dépendance pour recevoir ce dont il a besoin tout en la rejetant en partie. Il faut pouvoir faire l'expérience de son impuissance à se défaire de la maladie pour accepter ensuite de s'en accommoder [35]. Le compromis se situe aussi entre le savoir et l'ignorance. Savoir quelque chose de la maladie c'est reconnaître son statut de malade donc reconnaître un manque insupportable [36]. Il est impossible d'être tranquillement dans la curiosité quand on a une affection chronique : aussi le refus d'apprendre, d'obéir, de comprendre, de réfléchir en est bien souvent le corollaire. Le savoir est investi de façon très ambivalente, notamment au niveau des études, ce qui peut expliquer, à l'adolescence, l'absentéisme scolaire fréquent et les difficultés de relation avec les enseignants.

Finalement, la haine du corps malade et/ou la haine du corps sexué et les troubles qu'elle peut engendrer permettent de relativiser ceux inhérents au processus morbide. Ces actions sont à entendre comme des actions d'essai donnant accès à l'angoisse et aux conflits difficiles à contenir psychologiquement. C'est peut-être un des seuls moyens disponibles pour contester les liens de dépendance et faire authentifier les liens pubertaires.

Aussi parce que la maladie a tendance à escamoter les changements liés à la puberté, au moins dans l'attention des parents obnubilés par la notion de risques. Très ambivalent, voulant faire reconnaître son évolution dans une relative méconnaissance de ses exigences pulsionnelles, l'adolescent a l'occasion de mettre en scène ces dimensions dans la non-compliance, procédant ainsi d'une stratégie plus ou moins consciente de protection, d'adaptation et parfois d'appel à discussion avec l'entourage qui le soigne [32].

■ Conséquences sur la prise en charge en service de médecine physique et réadaptation

Pour le médecin de rééducation confronté à l'annonce du handicap et aux questions du patient concernant le pronostic

Pour Baubet [10], il y a trois attitudes néfastes :

- faire semblant de ne pas entendre l'adolescent, car cela le contraint à une terrible solitude ;
- barrer toute possibilité, affirmer l'échec inéluctable ajoute une blessure narcissique supplémentaire ;
- à l'inverse, être complice de projets irréalistes au mépris de la réalité médicale, ce qui ne peut qu'augmenter le désarroi de l'adolescent.

Il ne s'agit pas d'attendre une acceptation, mais une pseudo-acceptation, décision personnelle de « faire-avec » le handicap. De même, le praticien doit faire le deuil d'une compliance absolue à quelque traitement que ce soit qui représente un leurre dangereux, car ne prenant pas en compte les tentatives d'autonomisation de l'adolescent. Les principaux objectifs d'une bonne annonce sont les suivants :

- l'importance du travail d'équipe dans le travail de l'annonce (Truelle, Beuret-Blanquart [13]) parce qu'il doit se faire dans la complémentarité et l'accompagnement durable ;
- savoir bien dissocier dans la stratégie d'annonce l'avenir proche, l'avenir prévisible et l'avenir lointain car la possibilité d'une projection dans l'avenir lointain est au-dessus des moyens d'élaboration du blessé dans les premiers mois qui suivent l'accident [37]. L'annonce doit laisser une place au rêve. L'intervention psychologique doit aider le médecin à gérer cette annonce et l'assurer d'une disponibilité auprès du patient et de sa famille à ce moment-là. L'annonce induit un changement d'identité et la manière dont elle est réalisée ainsi que la confiance de l'adolescent dans son médecin sont des éléments déterminants pour la suite ;
- aider l'adolescent à « démasquer » sa souffrance psychique en face de son médecin de rééducation, car il peut craindre que l'aveu de cette détresse soit une remise en cause de la relation de soin et de l'alliance thérapeutique [5] ;
- ne pas centrer uniquement la rééducation sur le déficit, ce qui ne prend pas assez en compte la dimension d'activité nécessaire pour l'adolescent et risque de renforcer son manque d'estime de lui-même [16].

La prise en charge de la douleur est capitale. Dans certaines situations, les douleurs contribuent à freiner le processus thérapeutique, à accentuer le handicap lié à la pathologie et à compromettre le développement psychoaffectif en raison de la place qu'elles prennent parmi les investissements du patient.

Enfin, il faut favoriser les activités sportives (blessés médullaires) qui valorisent l'image corporelle, les contacts humains et le dépassement de soi.

Les études vont toutes dans ce sens, la relation avec les pairs, les rencontres avec des professionnels de la santé ou de la scolarité et le maintien d'un lien de qualité avec les parents et le reste de la fratrie contribuent très positivement à soutenir l'adolescent dans sa capacité à penser son handicap de façon à en transformer les effets, dans la mesure où le subjectif se fonde sur l'altérité [38].

Pour le psychiatre et le psychologue de liaison

Les répercussions en termes de souffrance narcissique chez l'adolescent ne sont pas comparables aux répercussions chez l'adulte qui le plus souvent a déjà une vie professionnelle et sentimentale. Les adolescents sont dans une problématique de choix vis-à-vis de l'avenir qui est encore le temps de tous les possibles et la survenue brutale d'un handicap même définitif peut ne pas compromettre tous les désirs du patient. Le plus souvent, contrairement aux adultes, ils ne sont pas amenés à abandonner un métier dans lequel ils auraient acquis une grande expérience.

Les techniques d'approche psychothérapeutique pour ces adolescents en institution nécessitent une souplesse, une capacité d'adaptation suffisante étant donné la diversité des situations et l'âge des patients. La prise en compte de la double réalité psychique interne et externe ainsi que de l'espace psychique élargi nécessite une approche bi- ou plurifocale que nous ne développons pas ici, mais qui a été élaborée, en particulier par Jeammet [33]. De même, les approches multimodales dans une perspective cognitiviste utilisent de manière harmonieuse et individualisée les diverses ressources thérapeutiques disponibles dans le cadre institutionnel [39].

La pratique nous a conduits à développer les consultations confraternelles ou consultations conjointes médecin de rééducation-psychiatre (ou psychologue) [2] réputées pour leur pertinence quand il s'avère artificiel de dissocier expression physique (corporelle) et expression psychique. Nous en attendons aussi, pour le patient et sa famille, une clarification et une délimitation des rôles de chacun dans l'acceptation d'une complémentarité d'action. Ces consultations conjointes sont par exemple toujours très bien acceptées, même quand le patient ou sa famille sont réticents à toute approche psychiatrique ou psychologique de leurs difficultés.

Certains moments clés de l'autonomisation doivent être anticipés : passage au fauteuil, visites avec le chirurgien et annonce d'une prolongation de mesures thérapeutiques contraignantes, reprise de scolarité, premières visites à domicile, reprise d'une activité sexuelle, etc.

Il est préférable de proposer à l'adolescent une rencontre avec le psychiatre sans attendre un moment aigu de décompensation anxieuse ou dépressive surtout quand le handicap est d'emblée très lourd, car sinon, on risquerait de désigner sa souffrance comme « folle » en renforçant les mécanismes de clivage du patient.

Il faut aider à comprendre et à supporter les difficultés de comportement du patient en expliquant qu'elles peuvent correspondre à des moments maturatifs, indispensables que l'institution doit contenir.

Certaines actions de recherche prospective dans le domaine de la prévention en direction des enfants souffrant d'une « anomalie » physique de naissance et pour leur famille semblent extrêmement prometteuses [15]. Il s'agit de repérer les modalités d'intégration somatopsychique de la malformation pour l'enfant dans son processus développemental et social et les éventuelles difficultés de parentalité et ce, jusqu'à l'adolescence.

Traiter un état dépressif, un état anxieux, des troubles du sommeil persistants ou des troubles alimentaires, c'est aussi aider l'adolescent à se soigner et à se rééduquer. La prescription de psychotropes peut être indiquée, mais en tenant compte des spécificités d'utilisation liées au jeune âge et au type de handicap.

Dans les situations très particulières de handicap secondaire à une tentative d'autolyse (paraplégie suite à une défenestration volontaire) ou quand une psychopathologie vient aggraver le handicap, la prise en charge devrait être mixte d'emblée, c'est-à-dire rééducative et psychiatrique et, si possible, dans des unités de type « double prise en charge » [40].

■ Conclusion

Pour Paicheler [41], le sujet handicapé tente de se reconstruire une « identité narrative », c'est-à-dire une mise en intrigue des événements dans laquelle l'accident trouve une signification entre l'avant et l'après. Cet événement singulier que constitue l'apparition brutale d'un handicap physique grave vient redoubler l'avènement du processus pubertaire que Hochmann [42] compare à une sorte de Big-Bang, c'est-à-dire, en cosmologie, un événement singulier donc par définition imprévisible pour lequel on ne peut établir aucun lien causal avec ce qui précède. Il propose d'aider les adolescents en difficulté psychique (quelle qu'en soit la cause) à passer de cette singularité à une histoire, c'est-à-dire à se raconter une histoire qui redonne sens au passé. La séparation liée à l'hospitalisation va permettre de rejouer, de relancer, voire de trouver une issue à la crise d'adolescence. L'adolescent va pouvoir déployer, au sein du service de soins, ses revendications d'autonomie, de liberté, protégeant ses parents de cette conflictualité structurante du moins temporairement. Il n'est pas rare d'ailleurs de constater que l'adolescence du jeune reprend vite ses droits dans le temps de la rééducation. Les parents, la famille, quant à eux, restent plus longtemps fixés sur l'événement traumatique. Cela entraîne parfois un écart de compréhension entre la réalité de leur adolescent et la leur. L'institution devient un lieu de déplacement des investissements et de réaménagement de conflits, elle offre à l'adolescent une fonction d'étayage pour que s'effectue un processus d'objectalisation de la souffrance [21]. Peut-être alors que pour ces jeunes patients, le travail d'accompagnement institutionnel doit également les aider à retrouver de la valeur dans ce qu'ils vivent au quotidien afin que tous ces petits événements au sein du centre – et on ne peut nier la dimension sociale de l'institution – puissent être intégrés à leur histoire présente et passée. Le travail de psychiatrie et de psychologie de liaison viendrait alors soutenir l'importance de ce qu'ils vivent dans l'institution et les dégager un peu des inquiétudes parentales auxquelles ils s'identifient bien souvent massivement.

“ Point fort

Intérêt du centre médical et pédagogique pour adolescents dans la prise en charge en MPR (exemple de la Fondation Santé des étudiants de France [FSEF])

- Soutien social : pairs, adultes professionnel, famille en visite, pédagogues (Éducation nationale)
- Travail de rééducation : lieu d'espoir de récupération
- Rôle de la temporalité et passage de la rééducation à la réadaptation avec reprise du processus d'adolescence
- Maintien de la scolarisation : assure la permanence du statut d'adolescent tout en permettant progressivement un changement d'orientation si celui-ci est nécessaire



■ Références

- [1] Giraud-Baro E, Duprez M. Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. *EMC* (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-901-A-20, 2009.
- [2] Consoli SM, Lacour M. Place et spécificité de la psychiatrie au sein de la médecine. In: *Livre blanc de la psychiatrie*. Paris: John Libbey Eurotext; 2003.
- [3] Tursz A. La mortalité accidentelle chez les adolescents et les jeunes : quelles leçons pour la prévention ? *Méd Phys Réadapt* 2001(n°60).
- [4] Lebovici S, Fardeau M. Les infirmités et leurs conséquences psychopathologiques. In: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M, editors. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: PUF; 1995.
- [5] Alvin P, Marcelli D. Maladies chroniques et psychopathologie. In: Alvin P, Marcelli D, editors. *Médecine de l'adolescent*. Paris: Masson; 2005.
- [6] Jeammet P. Réalité externe et réalité interne. Importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence. *Rev Fr Psychanal* 1980;XLIV: 480-521.
- [7] Barat M, Pierre P. Le vécu du handicap par la personne handicapée. In: Held JP, Dizien O, editors. *Traité de médecine physique et réadaptation*. Paris: Médecine-Sciences Flammarion; 1998.
- [8] Jeammet P. Réflexions en guise de conclusion. In: Ladame F, Jeammet P, editors. *La psychiatrie de l'adolescent*. Paris: PUF; 1986.
- [9] Marcelli D, Braconnier A. *Adolescence et psychopathologie*. Paris: Elsevier Masson; 2008.
- [10] Baubet T. L'adolescent face au handicap et aux troubles chroniques. In: Mazet P, editor. *Difficultés et troubles à l'adolescence*. Paris: Masson; 2004.
- [11] Courtecuisse V. Les adolescents, leurs besoins de santé à l'hôpital. In: *Les adolescents et leur santé*. Paris: CTNERHI; 1990.
- [12] *L'annonce du handicap. Espace éthique Mission handicaps*. Paris: APHP-Doin; 1999.
- [13] Guyotat J, Fedida P. *Événement et psychopathologie*. Villeurbanne: Simep; 1985.
- [14] Abadie I, Sudres JL, Rajon AM. Du temps nécessaire pour penser et accepter la malformation : aspects méthodologiques et cliniques. *Neuropsychiatrie Enf Adolesc* 2004;52:377-88.
- [15] Mazet P, Cohen D, Fosse S. L'adolescent face à un handicap : la place de l'estime de soi et de la problématique narcissique dans cette confrontation. In: *L'annonce du handicap à l'adolescence*. Paris: Vuibert, Espace éthique; 2005.
- [16] Malka J, Togora A, Chocard AS, Faure K, Duverger P. Réflexion sur l'impact psychique de la maladie somatique chronique chez l'adolescent. *Neuropsychiatrie Enf Adolesc* 2007;55:149-53.
- [17] François N. Traumatismes crâniens... et après : rééducation et appropriation à l'adolescence. In: *L'annonce du handicap à l'adolescence*. Paris: Vuibert, Espace éthique; 2005.
- [18] Kubler Ross E. *On death on dying*. London: Taylor and Francis; 2008.
- [19] Graindorge C. *Comprendre l'enfant malade*. Paris: Dunod; 2005.
- [20] Slama L. *L'adolescent et sa maladie. (publication du CTNERHI)*. Paris: PUF; 1987.
- [21] Pedinelli JL, Bertagne P, Montreuil M. L'enfant et la maladie somatique : « le travail de la maladie. *Neuropsychiatrie Enf Adolesc* 1996;44: 22-31.
- [22] Alvin P. Maladie et handicap à l'adolescence : le visible et le non-visible. *Enf Psy* 2006(n°32).
- [23] Lewinsohn PM, Seeley JR, Hibbard J. cross-sectional and prospective relationships between physical morbidity and depression in older adolescent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1120-9.
- [24] Suris JC, Renick MD, Cassuto N, Blum RW. Sexual behavior of adolescents with chronic disease and disability. *J Adolesc Health* 1996;19: 124-31.
- [25] Storch EA, Lewin AB, Silverstein JH, Heidgerken AD, Strawser MS, Baumeister A, et al. Social-psychological correlates of peer victimization in children with endocrine disorders. *J Pediatr* 2004;145: 784-9.
- [26] Guillon MS, Crocq MA. Estime de soi à l'adolescence : revue de la littérature. *Neuropsychiatrie Enf Adolesc* 2004;52:30-6.
- [27] Hofmann AD. Chronic illness and hospitalization. In: Hofmann AD, Greydanus DE, editors. *Adolescent medicine*. New York: Appleton and Lange; 1997.
- [28] Perry JC, Guelfi JD, Despland JN, Hanin B, Lamas C. *Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation*. Paris: Elsevier Masson; 2009.
- [29] Scelles R, Avant M, Houssier FI, Maraquin C, Marty F. Adolescence et polyhandicap : regards croisés sur le devenir d'un sujet. *Neuropsychiatrie Enf Adolesc* 2005;53:290-8.
- [30] Tort P. Monstre. In: Lacourt D, editor. *Dictionnaire d'histoire et philosophie des sciences*. Paris: PUF; 2006.
- [31] Dorey H. Médecine et santé de l'adolescent. [mémoire DIU], 2006.
- [32] Alvin P. L'adolescent et sa compliance au traitement. *Enf Psy* 2004(n°25).

- [33] Jeammet P, Corcos M. *Évolution des problématiques à l'adolescence*. Paris: Doin; 2005.
- [34] Tubiana-Rufi N, Guitard-Munnich C. L'observance thérapeutique à l'adolescence. *Méd Clin Endocrinol Diabète* 2004(n°12).
- [35] Marcelli D. Accepter de se soigner. In: *Actes du Colloque Observance à l'adolescence, 4^e journée médecine et santé de l'adolescent*. Tours; 2002.
- [36] Guitard-Munnich C. *L'adolescent et le diabète*. DIU Médecine et Santé de l'Adolescent; 2006.
- [37] Malandain C, Beuret-Blanquart F, Chambellan S. *Les défenses psychologiques suscitées par l'annonce du handicap à un adulte blessé médullaire*. Université Rouen-CRF Bois Guillaume; 1995.
- [38] Scelles R. Penser l'atteinte du corps dans le lien à l'autre. *Enf Psy* 2002(n°20).
- [39] Chambon O, Marie-Cardine M. Les psychothérapies cognitives dans l'institution. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Médias flashs, 1998.
- [40] Girardon N, de Crouy AC. Présentation de l'unité de double prise en charge « MPR-Psychiatrie » du CMPA de Neufmoutiers-en-Brie (77) à la 1^{re} journée d'étude « Adolescents » du Nord Seine et Marne : « Les adolescents et leurs soins : un accueil spécifique ... ? » le 29 mai 2008.
- [41] Paicheler H, Sadoun-Lauter N. Identité, autonomie et représentation cognitives. In: Ravaut JF, Fardeau M, editors. *Insertion sociale des personnes handicapées, méthodologie d'évaluation*. Paris: CTNERHI-INSERM; 1994.
- [42] Hochmann J. Un pacte narratif. In: *Psychothérapie et adolescence, actes du colloque, septembre 1998, Magog (Québec)*. La revue *Prisme, la revue Adolescence*. Hôpital Sainte-Justine; 1999.

N. Girardon, Pédopsychiatre de liaison (n-girardon@orange.fr).

A.-C. de Crouy, Médecin MPR, chef de service.

F. Radiguer, Neuropsychologue.

H. Dorey, Psychiatre de liaison.

M. Lorent, Psychologue clinicienne.

Centre médical et pédagogique pour adolescents, Fondation Santé des étudiants de France, 19, rue du Docteur-Lardanchet, 77610 Neufmoutiers-en-Brie, France.

A. Elurse, Psychologue clinicienne.

Centre Simone Delthil, 70, rue Ambroise-Croizat, 93200 Saint-Denis, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Girardon N., de Crouy A.-C., Radiguer F., Dorey H., Lorent M., Elurse A. Répercussions psychiques du handicap physique grave chez l'adolescent pris en charge en service de médecine physique et réadaptation. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-672-A-10, 2010.

Disponibles sur www.em-consulte.com



Arbres
décisionnels



Iconographies
supplémentaires



Vidéos /
Animations



Documents
légaux



Information
au patient



Informations
supplémentaires



Auto-
évaluations



Cas
clinique