

3 ème congrès de la Société Algérienne de Médecine physique et
Réadaptation (SAMER)
du 22 et 23 septembre 2012

**STRATEGIES D'ADAPTATION DE L'ENFANT
DOULOUREUX CHRONIQUE: PRISE EN
CHARGE DE LA DYADE MERE/ENFANT**

F.BOUHASS, B. MIMOUNI , M.BEDJAOUI , K. BENALLAL

INTRODUCTION

- La douleur s'avère une dure réalité pour les enfants présentant une arthrite idiopathique chronique.
- L'alternance des poussées/rémissions peut nuire gravement à la qualité de vie de l'enfant.
- La prise en charge de la douleur chronique en milieu hospitalier est principalement médicamenteuse. La mesure de ses conséquences psychosociales demeure actuellement en-deçà de l'ampleur du phénomène

ARRIERE PLAN DU PROBLEME

- La douleur a été pendant longtemps considérée comme un **phénomène** purement **sensoriel**.
- EN 1965, Malsack & P.Wall ont ajouté les facteurs **cognitifs, émotionnels, motivationnels et culturels**.
- En 1976, l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur(IASD) définit: « ***la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en terme d'un tel dommage*** »

- Cette définition:

1/ reconnaît les **causes lésionnelles**

2/donne de l'importance aux **facteurs émotionnels**

3/accorde une place particulière à **l'expression verbale**

Il en résulte en effet que la douleur n'est plus comprise comme une sensation passive mais comme **une perception active.**

Les facteurs qui influencent la douleur

- Le rôle de l'apprentissage :

1/le conditionnement classique calqué sur le modèle **S/R**.

le comportement douloureux est réflexe (le retrait, l'anxiété...)

2/ le conditionnement opérant: **le comportement est modifié par ses conséquences**. les gains secondaires potentialisent la perception de la douleur et l'entretiennent.

Le rôle de l'affect : la douleur est potentialisée par une hyper-vigilance induite par des affects tels que:

- *l'anxiété

- *la peur

- *le sentiment d'auto-efficacité (A. Bandura) est une composante de **contrôle**.

Le cas inverse favorise un sentiment *d'impuissance apprise*.

Le rôle de la cognition = style explicatif

- **le catastrophisme** = focalisation sur les aspects aversifs et négatifs ex: « mes os vont s'effriter »
- **la signification symbolique**, ex: punition
- les croyances dans ***le lieu de contrôle***
- (+ ***l'attribution causale*** est externe et stable+ elle est incontrôlable + le stress est important. ex «les Médecins n'ont pas su me guérir»

- L'enfant ne subit pas passivement l'expérience douloureuse, il élabore des stratégies pour faire face.
- Le choix préférentiel du type de stratégie mis en œuvre par chaque enfant a une relation avec la perception de la douleur et par conséquent sur le vécu psychosocial et scolaire.
- En d'autres termes, il existe une relation entre le coping et la perception de la douleur.

DEFINITION DU COPING

- Le coping est un concept apparu aux années soixante avec Richard LAZARUS (1922-2002).
- **(to cope) = faire face =« stratégie d'ajustement »**
- Le coping est défini comme: « *L'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants déployés pour gérer les exigences spécifiques internes et externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources* ».

M-Bruchon-Schweitzer (2002:356)

CLASSIFICATION DU COPING

- *1/ le coping centré sur l'émotion:*

regroupe des stratégies visant à **réguler l'émotion associée à l'évènement stressant.**

Elles peuvent être :

- - **émotionnelles**(ex: auto -accusation)
- -**cognitives** (l'évitement, la minimisation, prise de distance...)
- -**comportementales** (évitement-fuite) comme boire, manger...)

2/Le coping centré sur le problème implique les stratégies orientées vers **la gestion de l'évènement,**

3/La recherche de soutien social= effort pour obtenir de l'aide sous toute ses formes (matérielle, affective, recherche d'information...)

D'autre part, l'attachement est un paradigme important dans la compréhension de l'adaptation de l'enfant.

* **le lien d'attachement** mère/enfant fait référence aux aspects relationnels qui servent à **réguler le stress** de l'enfant ou son sentiment de sécurité et donc qui **favorise son adaptation**.

* La mère comme **figure d'attachement** est la **cible** des comportements d'attachement visant à obtenir la **sécurité** en situation de maladie et de douleur chronique.

ce travail porte sur les différences

les différences individuelles face à la douleur chronique en s'appuyant sur la notion **d'attachement** et **de coping** qui font que l'enfant soit résilient ou pas face à cette expérience stressante.

Le choix de la population

Il s'agit d'une étude qualitative qui a porté sur trois adolescentes âgées de 13- 14 ans, scolarisées, traitées et suivies au CHU de Sidi-Bel-Abbès pour arthrite idiopathique chronique au niveau du service de pédiatrie.

Le choix de la population s'est basé sur:

-**1Le type de douleur**: le choix de la douleur chronique est motivé par le caractère **durable**, permanent et **répétitif** ce qui permet son évaluation, son suivi et l'application de la psychothérapie envisagée.

- **L'arthrite idiopathique chronique**: le choix de cette pathologie est fondé sur :

- 1/la chronicité de la douleur et l'intermittence des poussées /rémissions qui motive la fréquence des hospitalisations.
- 2/ l'âge d'apparition de la maladie (entre 07 et 16 ans)
- 3/Les mamans sont bien plus présentes auprès de cette tranche d'âge, ce qui laisse les possibilités d'observation et de prise en charge.
- 4/Le niveau cognitif et verbal de cette tranche d'âge permet l'application des échelles choisies pour évaluer les différentes variables de l'étude.

Le choix de l'approche cognitivo-comportementale:

- Méthode **structurée**, de durée **brève**.
- Elle **est indiquée** dans la douleur chronique (tableau des indications de J.Cottraux)
- la restructuration cognitive rejoint le principe **de modification** des stratégies d'adaptation

- Les TCC se centrent sur le sujet :son fonctionnement ***comportemental, cognitif et émotionnel***.
- Elles impliquent l'établissement de buts clairement définis, ***objectivables et quantifiables***.
- Les caractéristiques relationnelles: ***collaborative***(rôle actif du thérapeute et du patient).

Les critères d'évaluation

- *la dépression
- *la douleur
- *Le coping
- *L'attachement

Les outils utilisés

- **1/L'échelle composite de dépression pour enfant (MDI-C)** de D.J Berndt et C.F Kaiser:
 - permet de mesurer la sévérité de la dépression en se basant sur **huit** sous échelles:
 - l'anxiété,
 - l'estime de soi,
 - l'humeur triste,
 - le sentiment d'impuissance,
 - l'introversiion sociale,
 - la faible énergie,
 - le pessimisme et la provocation.

- **2/L'échelle visuelle analogique (EVA):**

utilisée pour la première fois en 1974 par Huskinsson,

- c'est une échelle ordinale graduée de 1 à 10 orientée de gauche à droite dont les deux extrémités sont définies par douleur absente et douleur maximale.
- Le malade doit déplacer un curseur mobile permettant de préciser l'intensité de sa douleur.
- C'est un outil de référence par sa **simplicité**, la **facilité** de son utilisation, sa **reproductibilité** dans le temps.

- **3/L'inventaire de faire face à la douleur pédiatrique (PPIC)** de Verni traduit et validé par Spicher
- Il répondent à cinq facteurs:
 - **l'auto-instruction,**
 - **la solution du problème,**
 - **la distraction,**
 - **la recherche de soutien social**
 - **le catastrophisme et l'impuissance apprise.**

- ***4/L'inventaire d'attachement aux parents et aux pairs(IPPA)*** d'Amsden et Greenberg :

L'échelle se veut étudier trois dimensions caractérisant la relation mère /enfant:

- la confiance,
- la qualité de la communication
- le sentiment d'abandon.

DYADE N°1 (Amel et Mme B)

- ***1/ déroulement des séances:***
- **Lieu** CHU de SBA entre le service de pédiatrie et le service de médecine physique et réadaptation fonctionnelle.
- **La durée** s'est étalée sur 07 mois du 26 juillet au 03 Mars 2011
- **Périodicité:** deux séances hebdomadaires durant le premier mois puis d'une séance par semaine durant les mois qui ont suivi.

- **La démarche thérapeutique: (identique pour les trois cas)**

- A/ la phase évaluative:

- B/ La phase thérapeutique proprement dite

- C/ La phase d'entretien

- A/ La phase évaluative:**

- *Les séances de 1à5*: elles se sont basées sur:
 - -l'écoute et l'observation (grille)
 - -le recueil des données anamnestiques
 - -L'évaluation et application des échelles
 - -Etablissement du diagnostic

Au terme de ces cinq séances ,il en ressort que Amel est une jeune adolescente de 14 ans, présentant une silhouette fine. Son regard terne, s'exprimant peu, sur un ton monocorde, d'une voix presque chuchotée.

- Elle est la 4^{ème} d'une fratrie de cinq, âgée entre 24-11 ans, elle est issue d'une grossesse non désirée.

- Scolarisée à l'âge de six ans, ses résultats ont tjrs été moyens; une baisse du rendement est à noter depuis l'année 2009-2010.
- Une AIC diagnostiquée à l'âge de 9 ans suite à une première poussée inflammatoire et une poly arthralgie au niveau des grandes articulations: genou, coude et poignet.
- Depuis, la fréquence des hospitalisations est d'une moyenne de 9 H/an, d'une durée de 3à15j

- Amel est issue d'un milieu socio-économique bas.
- Les relations familiales sont marquées par la présence de conflits conjugaux fréquents avec notion de séparation lors de la première enfance.
- La relation mère/fille est hostile, la communication est négative, culpabilisante, marquée par une violence verbale et même physique.
- Le père semble jouer un rôle minime.

- **Signes cliniques retrouvés:**

- un fléchissement du rendement scolaire
- une humeur triste
- une irritabilité posant des problèmes relationnels
- fatigabilité et activités ludiques limitées
- troubles du sommeil et de l'appétit
- troubles neuro-végétatifs (céphalées, douleurs abdominales)
- retrait social
- culpabilité
- sentiment de dévalorisation et mauvaise estime de soi
- lenteur psychomotrice parfois agitation
- troubles cognitifs (difficultés de concentration)
- pensées sur la mort.

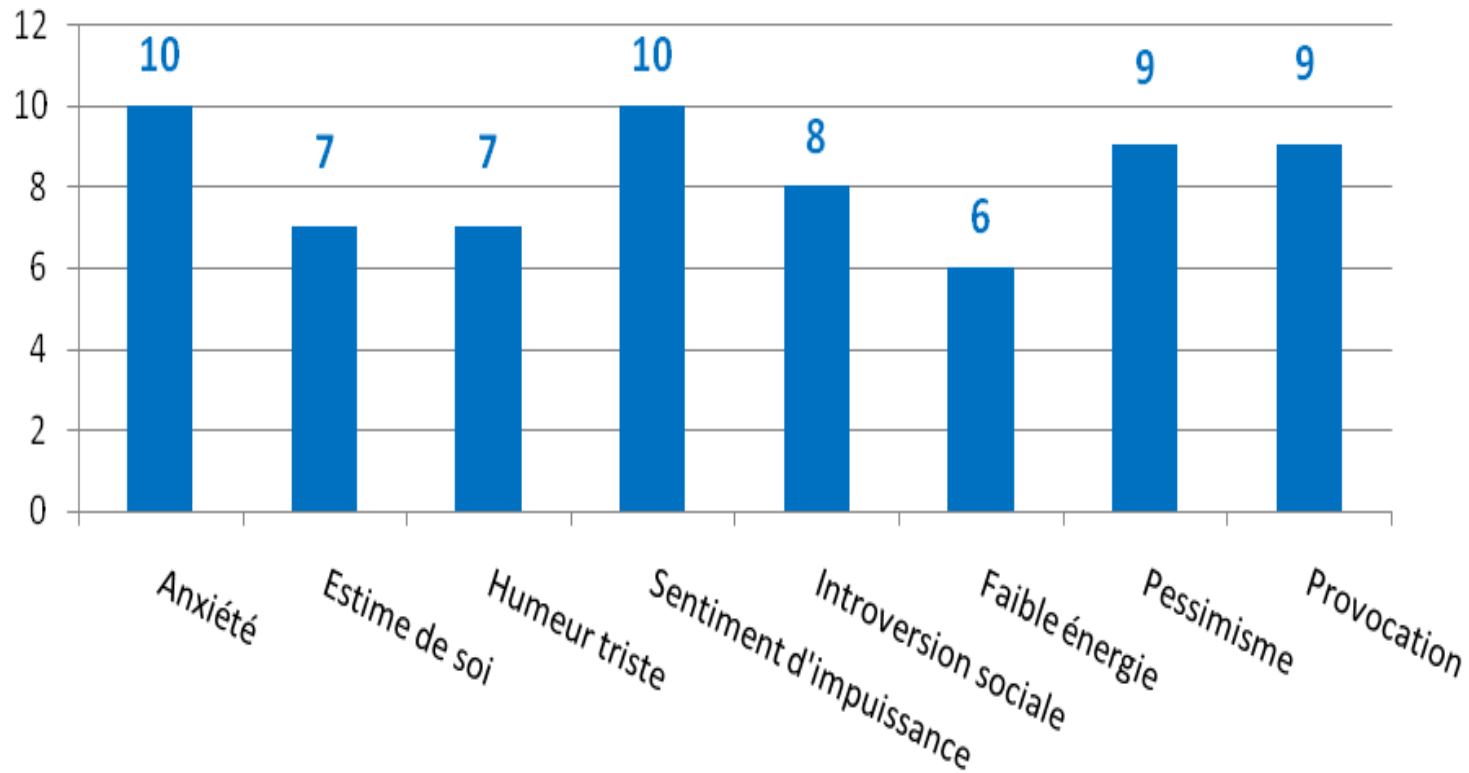
Evaluations

- **1/*résultats de l'échelle de dépression:**
 - les notes supérieures à 75 indiquent des symptômes sévères.
 - Dans le cas de Amel, la **Note T =79**, elle est en faveur d'une **dépression sévère**.

Résultats des sous-échelles

- L'anxiété=10=====Note T = **76**
- L'estime de soi=7===== « =**76**
- L'humeur dépressive=7===== « =71
- Sentiment d'impuissance=10= « =**76**
- L'introversion sociale=8===== « =**79**
- Faible énergie=6===== « =70
- Le pessimisme=9===== « =74
- La provocation=9===== « =**76**

MDI-C Amel : Evaluation -1



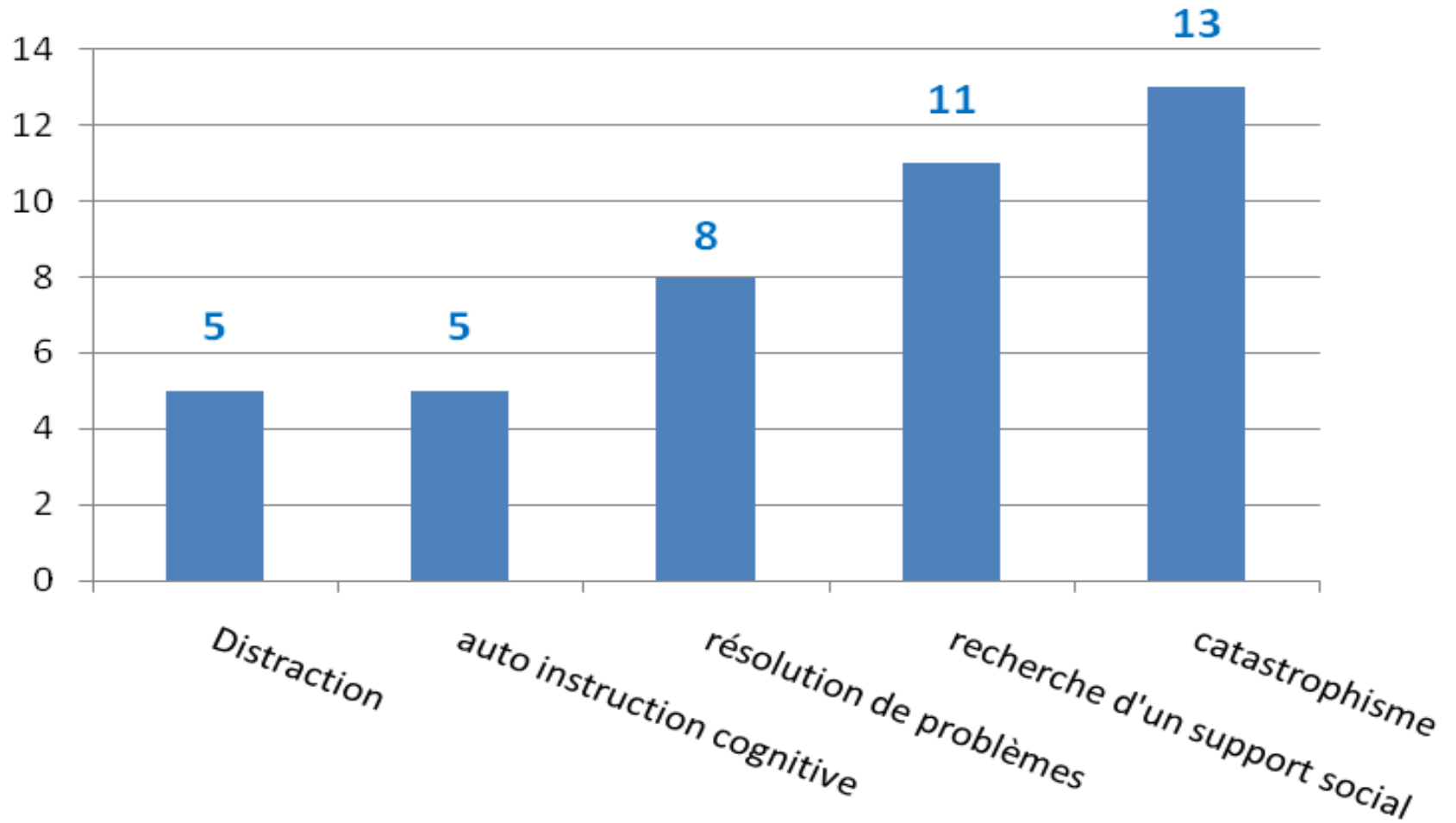
Résultats du protocole du PPCI

L'inventaire de faire face à la douleur pédiatrique

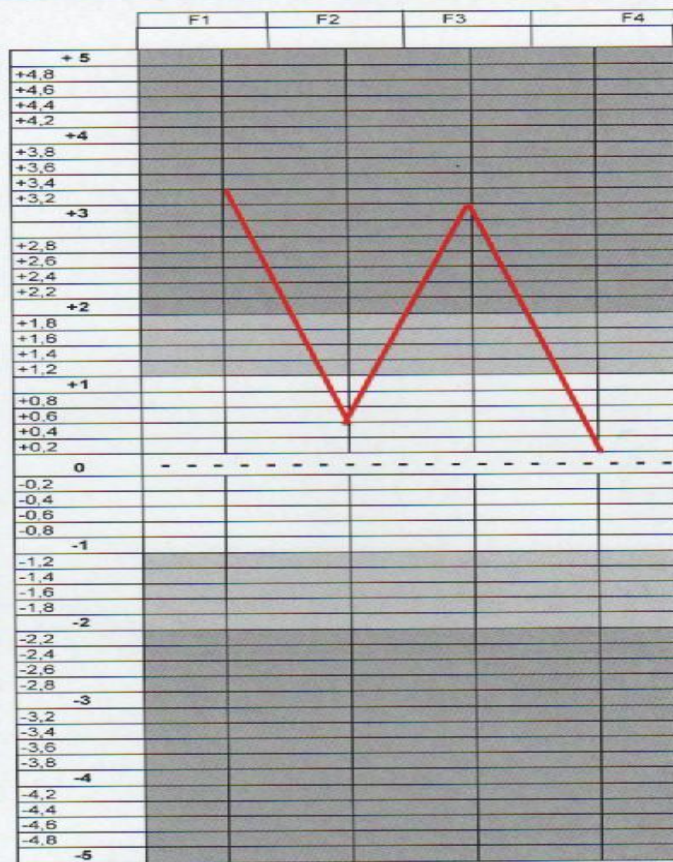
- Les scores obtenus sont:
- - Distraction= 5
- -l'auto-instruction cognitive=**05**
- -la résolution du problème=**08**
- -la recherche de support sociale=11
- Le catastrophisme=**13**

La reproduction des chiffres sur le graphe permet de visualiser une courbe se **situant en dessus de la ligne 0** qui traduit que Amel utilise des stratégies inadaptées face à la douleur.

PPCI Amel : Evaluation 1



FEUILLE DE PROFIL PPCI : AMEL-2

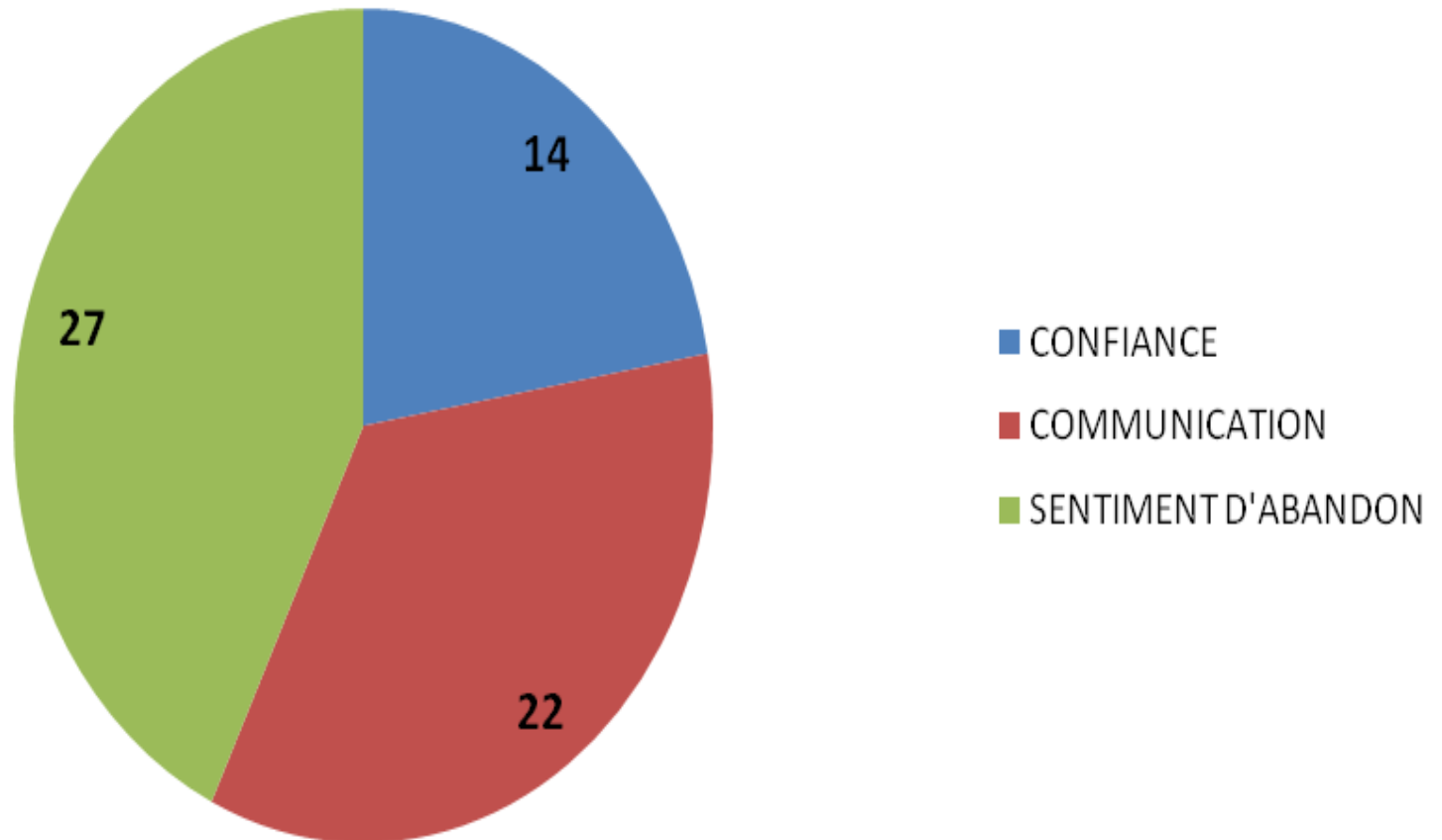


Légende :
 (F1) : Recherche de support social
 (F2) : Recours à l'auto instruction cognitive
 (F3) : Recherche de distraction
 (F4) : Recherche d'efficacité

Résultats de l'inventaire de l'attachement aux parents et aux pairs (IPPA)

- - le score obtenu en *confiance* = **14**
- - « « « *communication* = **22**
- - « « « *sentiment d'abandon* = **27**
- Le protocole de Amel indique une élévation du score de sentiment d'abandon **4,5** et une baisse de la moyenne des scores de confiance et de communication **1,8**; ce qui indique que Amel a un style d'attachement «*insécore* »

IPPA : Evaluation AMEL



Diagnostic

- selon les critères diagnostiques du DSM IV (manuel de classification internationale des troubles mentaux) qui fourni une description claire des troubles de l'humeur, nous posons le diagnostic de **troubles dysthymiques** portant référence:

F 34.1 (300.4)

- ***Les séances de 6 à 8*** ont pour objectif:

1-le repérage des idées automatiques et dysfonctionnelles qui s'est basé sur deux techniques:

- **a/Utilisation du tableau des trois colonnes de BECK**
(situation de douleur où se trouve une échelle graduée de 0 à 10 indiquant l'intensité de la douleur, émotion, cognition ou l'idée automatique) tout en précisant le degré de croyance dans l'émotion et la cognition.
- **b/Utilisation de la méthode des flèches descendantes.**

2-l'analyse fonctionnelle par l'utilisation de la grille SECCA.

3-l'établissement du contrat thérapeutique.

Douleur scorée de 1 à 10	Emotion	Cognition
<p style="text-align: right; color: red;">6,5</p> <p style="text-align: center;">! ! ! ! ! ! ! !</p> <p style="text-align: center;">! ! !</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8</p> <p style="text-align: center;">9 10</p>	<p style="text-align: center;">Tristesse 100%</p>	<p style="text-align: center;">Tous les médicaments n'ont aucune efficacité 90 %</p>
<p style="text-align: center;">! ! ! ! ! ! ! ! ! !</p> <p style="text-align: center;">!</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8</p> <p style="text-align: center;">9 10</p>	<p style="text-align: center;">Je me sens épuisée 100%</p>	<p style="text-align: center;">Les médecins ne savent pas soigner 80 %</p>
<p style="text-align: right; color: red;">8,5</p> <p style="text-align: center;">! ! ! ! ! ! ! ! ! !</p> <p style="text-align: center;">!</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p style="text-align: center;">10</p>	<p style="text-align: center;">Irritable 90%</p>	<p style="text-align: center;">Je suis seule, personne ne peut m'aider 80 %</p>

- Les objectifs définis avec Amel dans le contrat thérapeutique étaient les suivants:
 - 1/ agir sur la dépression
 - 2/diminuer l'anxiété par l'apprentissage du contrôle respiratoire et de la relaxation
 - 3/agir sur la douleur par la distraction
 - 4/travailler la relation mère/enfant en développant chez la mère la sensibilité d'écoute.

B/ LA SECONDE PHASE (phase thérapeutique proprement dite):

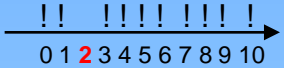
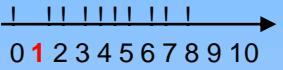
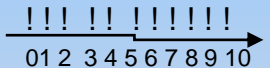
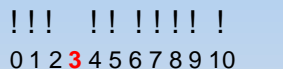
De la 8^{ème} à la 20^{ème} séance:

- **L'objectif N1: rehaussement de l'estime de soi:** Amel a une idée négative d'elle-même « je ne vauds rien », « je suis sans valeur » « je me déteste », « je suis moche »...
- Il s'agit de faire réaliser à Amel ,les distorsions cognitives, erreurs logiques et biais cognitifs qui maintiennent sa façon de penser.
Ex: -la généralisation « personne ne m'aime »
- l'inférence arbitraire (conclusion sans preuve) .

Le travail sur le processus cognitif s'est basé sur:

- 1/- la méthode socratique
- 2/ la méthode des flèches descendantes
- 3/ le feed-back
- 4/La restructuration cognitive : il s'agit de remettre en question pensées automatiques négatives qui véhiculent des émotions négatives comme si elles étaient des **hypothèses** et envisager **d'autres pensées alternatives** (tableau de quatre colonnes de Beck)



Situation de douleur de 0 à 10	Emotion	Cognition	Pensée alternative	Type de diversion et évaluation
	<p>Un peu anxieuse 20%</p>	<p>Je vais encore être malade 80%</p>	<p>Si j'agis sur la douleur 80%</p>	<p>Je vais faire mes devoirs</p> 
<p>2,5</p> 	<p>Anxieuse 30%</p>	<p>Ca va s'empirer demain 80%</p>	<p>Hier, ça a diminué, je vais encore essayer 80%</p>	<p>Regarder la télé</p> 

Les tâches assignées

- -Evaluation de la douleur avec EVA avant et après une activité nécessitant un effort intellectuel soutenu choisit préalablement . Amel a choisi la lecture, un puzzle et un jeu électronique.
 - Remise d'un carnet présentant un tableau de quatre colonnes de Beck
 - Pratique de la relaxation à raison de trois séances réparties dans la journée, d'une durée de 15 mn.

L'objectif N2 :modification des attributions causales:

- Amel présente un style d'attribution négatif, external, global et stable associé à un sentiment d'incontrôlabilité et donc d'impuissance qui explique son style de coping centré sur l'émotion:
« les médecins n'ont pas su me guérir », « les TRT ne sont pas efficaces », « je n'ai pas de chance »

L'OBJECTIF N°3: agir sur l'intensité de la douleur

par:

- La distraction
- La relaxation
- Favoriser un coping actif par l'entraînement à la compétence (Amel est conditionnée à éviter l'activité pour pallier à la douleur).
- Amélioration de l'auto-efficacité en renforçant positivement l'activité physique adaptée (favoriser la marche quotidienne) afin de:
 - lutter contre les raideurs musculaires
 - de réduire l'impuissance perçue.

Le quatrième objectif: intervention sur la relation Amel et sa mère:

- -le programme de conditionnement opérant par réduction des bénéfices secondaires afin de réduire l'absentéisme. Douleur/absence
- -encourager un changement de discours qui tend vers une communication positive, moins agressive et moins culpabilisante.
- - Favoriser la verbalisation des affects et développer une disponibilité d'écoute et d'empathie.
- Le soutien du père est perçu par la mère comme insuffisant d'où la nécessité de l'introduire.

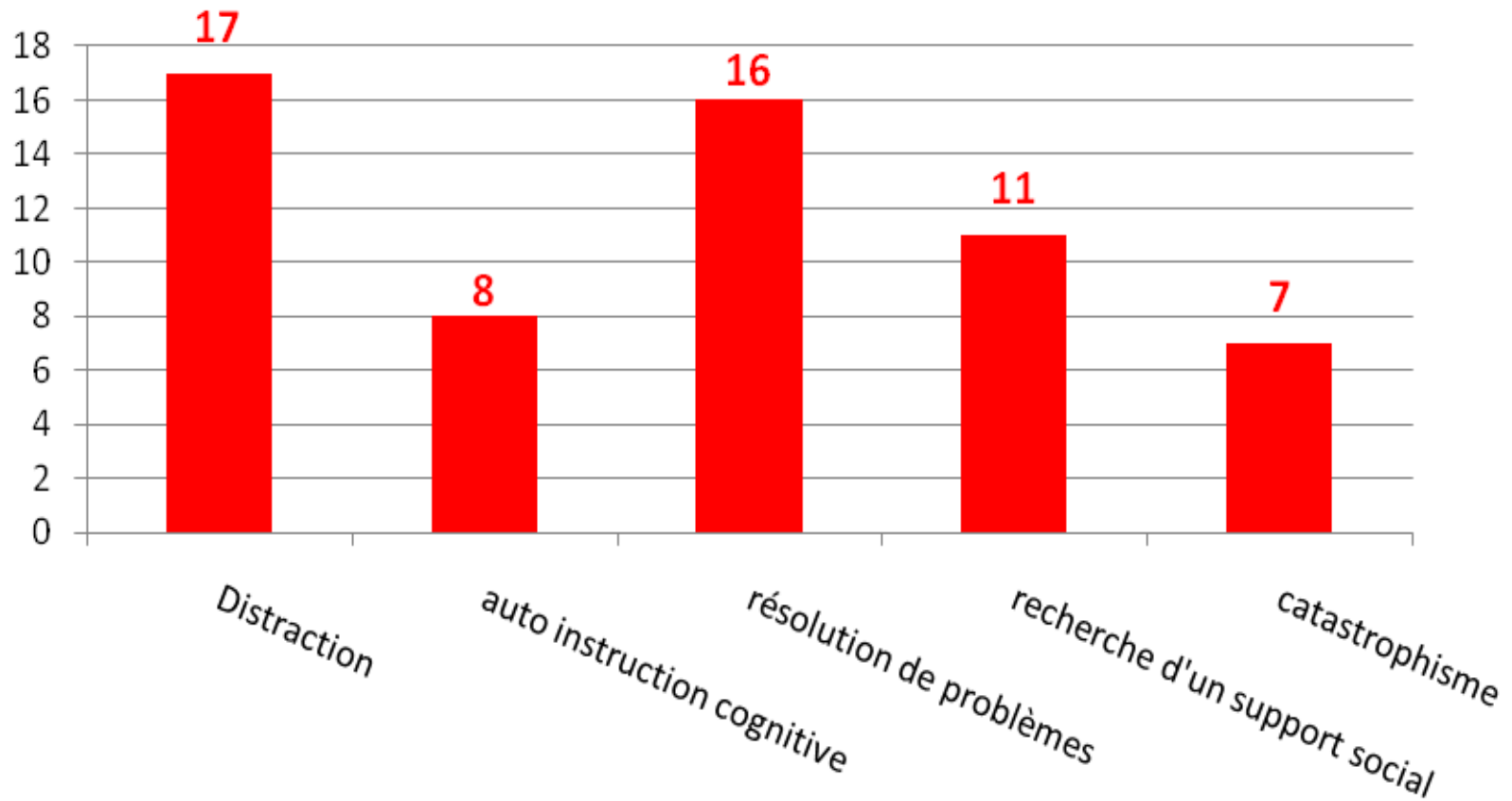
Réévaluations

*l'échelle de dépression indique une valeur de la Note T qui est passée **de 79 à 60** indique une dépression **faible à modérée**.

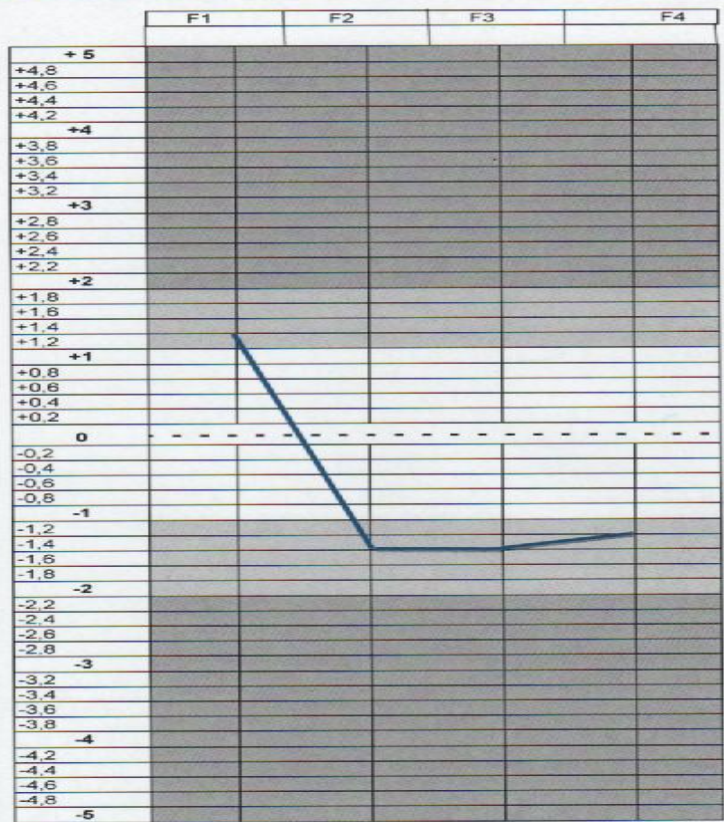
*la réévaluation de l'échelle de coping nous donne les valeurs suivantes:

- La distraction=**17**
 - L'auto-instruction cognitive=8
 - La résolution du problème=**16**
 - La recherche de support social=11
 - Le catastrophisme=**7**
- La courbe permet de visualiser un tracé nettement amélioré se **situant au-dessus de la ligne 0**, ce qui signifie une utilisation de stratégies de faire face à la douleur plus adaptées.

PPC-I Amel : Evaluation 2



FEUILLE DE PROFIL PPCI : AMEL-1



Légende :
 (F1) : Recherche de support social
 (F2) : Recours à l'auto instruction cognitive
 (F3) : Recherche de distraction
 (F4) : Recherche d'efficacité

C/La troisième phase de la prise en charge (phase d'entretien):

- Elle a visé un suivi régulier, étalé sur l'année avec une périodicité de 1 séance/mois, puis 1/bimestre. Elle a pour but:
- la prolongation de la restructuration cognitive afin d'éviter une rechute.
- Continuité des séances de relaxation pour le contrôle émotionnel.
- Préservation des acquis.

RESULTATS

- Le cas de Amel illustre parfaitement l'ampleur que peut prendre la douleur chronique dans le vécu psychologique de l'enfant.
- La modification des styles d'attributions causales et la restructuration cognitive lui ont donné une nouvelle manière de percevoir sa douleur.
- Par l'utilisation de la distraction, elle a diminué les scores de douleur qui **ont baissé de deux à trois chiffres** et a renforcé son sentiment d'efficacité.
- Son contrôle perçu est **internal**. Il permet **un coping actif centré sur le problème** . Il renforce l'auto-efficacité et l'optimisme.

- L'application des TCC a permis une modification des comportements douloureux.
- Les signes psychopathologiques ont nettement diminué;
- le changement des attitudes maternelles a favorisé un coping actif.

conclusion

- En dépit du nombre réduit des cas recrutés qui est de trois seulement, l'étude nous a montré que Amel, Samia et Radia adoptent des stratégies d'adaptation face à la douleur chronique de manière différente.
- Un lieu de contrôle internal permet un coping actif centré sur le problème . Il renforce l'auto-efficacité et l'optimisme.
- Par ailleurs l'impuissance perçue, le catastrophisme et le lieu de contrôle external génèrent les troubles d'adaptation.

- la proximité est un indice spatial extérieur qui renvoi à l'état intérieur de sécurité chez l'enfant.
- la confiance dans l'idée qu'une figure de soutien protectrice, sera **réceptive, accessible et disponible**, permet d'obtenir une base de sécurité en situation de maladie et de douleur chronique.
- Traiter le symptôme de la douleur n'est pas suffisant on ne peut cliver le somatique du psychique. La complexité du phénomène douloureux est à prendre en considération. la prise en charge doit être de ce fait pluridisciplinaire en vue d'une prise en charge globale.